

**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS
CURSO DE PROMOÇÃO A OFICIAL GENERAL**

2017/2018



TII

**A CULTURA DA QUALIDADE NA REALIDADE DAS FORÇAS
ARMADAS EM PORTUGAL**

**O TEXTO CORRESPONDE A TRABALHO FEITO DURANTE A
FREQUÊNCIA DO CURSO NO IUM, SENDO DA RESPONSABILIDADE DO
SEU AUTOR, NÃO CONSTITUINDO ASSIM DOCTRINA OFICIAL DAS
FORÇAS ARMADAS PORTUGUESAS.**

**João Carlos Santana Mairos
CORONEL MÉDICO**



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS
A CULTURA DA QUALIDADE NA REALIDADE DAS
FORÇAS ARMADAS EM PORTUGAL

CORONEL MÉDICO João Carlos Santana Mairos

Trabalho de Investigação Individual do CPOG 2017/2018

Pedrouços 2018



**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS**

**A CULTURA DA QUALIDADE NA REALIDADE DAS
FORÇAS ARMADAS EM PORTUGAL**

CORONEL MÉDICO João Carlos Santana Mairos

Trabalho de Investigação Individual do CPOG 2017/2018

Orientador: CORONEL TIROCINADO DE CAVALARIA
Vitor Manuel Meireles dos Santos

Pedrouços 2018



Declaração de compromisso Antiplágio

Eu, **João Carlos Santana Mairos**, declaro por minha honra que o documento intitulado **A cultura da Qualidade na realidade das Forças Armadas em Portugal** corresponde ao resultado da investigação por mim desenvolvida enquanto auditor do **Curso de Promoção a Oficial-General 2017/2018** no Instituto Universitário Militar e que é um trabalho original, em que todos os contributos estão corretamente identificados em citações e nas respetivas referências bibliográficas.

Tenho consciência que a utilização de elementos alheios não identificados constitui grave falta ética, moral, legal e disciplinar.

Pedrouços, **23 de Abril de 2018**

João Carlos Santana Mairos
COR/MED



Agradecimentos

Ao meu orientador pela disponibilidade, rigor nos detalhes e apoio permanente.

Aos meus camaradas do CPOG, pelo espírito de corpo e pelo apoio nos insondáveis caminhos informáticos deste trabalho.

Aos meus camaradas e colegas médicos, pela colaboração imprescindível e inteira confiança na cedência dos dados, os quais me permitiram fazer esta investigação.

Aos meus entrevistados pela entrega, disponibilidade, conhecimento e sabedoria que me ofereceram.

Aos camaradas, colegas e amigos, que no meu serviço de ginecologia e obstetrícia sempre me acompanharam neste projeto da qualidade e aos diretores que permitiram que chegássemos aqui.

À Paula e ao Pedro, que suportaram a minha ausência da nossa vida familiar, sempre com carinho, apoio e inesgotável paciência.



Índice

Introdução, enquadramento e justificação do tema	1
Objeto do Estudo e sua delimitação	3
Objetivos da investigação	4
Questões da investigação e hipóteses	5
Breve síntese da metodologia da investigação	6
Organização do estudo (estrutura e conteúdo)	9
1. Estado da Arte.....	10
1.1. Qualidade em Saúde e referencial ISO	12
1.2. Produtividade	14
1.3. Competitividade.....	14
1.4. Cultura Organizacional	15
1.5. Indicadores.....	16
1.6. Síntese conclusiva.....	17
2. Atividade assistencial do HFAR-PL, o SGO e os indicadores da qualidade em saúde..	18
2.1. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia	20
2.2. Seleção dos indicadores da qualidade em saúde e segurança do doente e dos serviços do HFAR-PL.....	24
2.2.1. Seleção dos indicadores.....	24
2.2.2. Seleção dos serviços – critérios de inclusão.....	25
2.2.3. Natureza dos indicadores.....	25
2.3. Síntese conclusiva.....	26
3. Análise comparativa dos indicadores da qualidade e segurança do doente do SGO <i>versus</i> HFAR-PL e o seu impacto na produtividade e competitividade	27
3.1. Produtividade e competitividade	32
3.2. Síntese conclusiva.....	37
4. A cultura da qualidade e o HFAR.....	39
4.1. Definir cultura.....	39
4.2. A cultura portuguesa.....	39
4.3. A cultura organizacional de um hospital militar em Portugal	42
4.4. A cultura da qualidade em saúde e a cultura de segurança do doente	44



4.4.1. A arte médica e a cultura da qualidade.....	45
4.5. Síntese conclusiva.....	47
Conclusões	49
Bibliografia	55

Índice de Apêndices

Apêndice A - Glossário de termos	Apd A-1
Apêndice B - Entrevistas exploratórias.....	Apd B-1
Apêndice C - Guião da entrevista ao Professor Doutor Albino Lopes	Apd C-1
Apêndice D - Resumo da entrevista ao Professor Doutor Albino Lopes	Apd D-1
Apêndice E - Processo-chave da Cirurgia do Sistema de Gestão da Qualidade do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Forças Armadas-Polo de Lisboa ..	Apd E-1
Apêndice F - Matriz de risco do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia	Apd F-1
Apêndice G - Indicadores a auditar junto de P e dos dez serviços mais respondedores afirmativamente	Apd G-1
Apêndice H - Seleção por peritos do impacto na produtividade e competitividade hospitalares em indicadores da qualidade em saúde e segurança do doente.	Apd H-1

Índice de Apensos

Apenso A - Carta de Missão, p. 2.....	Aps A-1
---------------------------------------	---------

Índice de Figuras

Figura 1 - Distância ao HFAR-PL de outros hospitais de Lisboa	1
Figura 2 - Objetivos da investigação	4
Figura 3 - Questões da investigação e hipóteses	5
Figura 4 - Personalidades entrevistadas nas entrevistas exploratórias	6
Figura 5 - Etapas do processo de investigação	7
Figura 6 - "Cebola" da investigação	8
Figura 7 - Ciclo PDCA	12
Figura 8 - Ciclo PDCA na ISO 9001:2015.....	13
Figura 9 - Variação consulta externa.....	18
Figura 10 - Episódios de urgência	18
Figura 11 - Recursos humanos existentes no HFAR.....	19



Figura 12 - Necessidade de recursos humanos do HFAR	20
Figura 13 - Modelo de análise dos indicadores da qualidade em saúde.....	27
Figura 14 - Gráfico comparativo de P com todos os serviços	28
Figura 15 - Gráfico comparativo de P com a média de todos	29
Figura 16 - Gráficos comparativos de P com a média de A, B e D.....	29
Figura 17 - Distribuição de respostas aos inquéritos por percentagens.....	30
Figura 18 - Quadro com os valores em percentagem	30
Figura 19 - P e os dez serviços com mais respostas positivas.....	31
Figura 20 - Resultado da auditoria aos dez serviços escolhidos (C – Confirmado; N/C – Não Confirmado)	32
Figura 21 - Implicações organizacionais e consequências do adiamento cirúrgico tardio..	34
Figura 22 - a cultura portuguesa segundo o modelo de Hofstede	40
Figura 23 - A cultura da qualidade no contexto do HFAR.....	47
Figura 24 - Tema do Trabalho de Investigação Individual	Apd B-1

Índice de Quadros

Quadro 1 - Lista de entrevistados	Apd B-1
Quadro 2 - Resumo das entrevistas exploratórias	Apd B-1
Quadro 3 - Resumo da entrevista ao Professor Doutor Albino Lopes	Apd D-1

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Indicadores a auditar	Apd G-1
--	---------



Resumo

O presente trabalho aborda o tema da cultura da qualidade na realidade das Forças Armadas em Portugal, debruçando-se sobre a qualidade na saúde no Hospital das Forças Armadas, através da interpretação de indicadores da qualidade na saúde e segurança do doente por parte de diversos serviços deste hospital. A partir da análise dos dados recolhidos conclui-se também sobre a associação destes indicadores à produtividade e à competitividade hospitalares. Por fim, elabora-se sobre a cultura hospitalar do Hospital das Forças Armadas, no contexto da cultura organizacional, e aborda-se a aplicabilidade da cultura da qualidade na multiculturalidade hospitalar e na sua interação sobre a medicina enquanto arte, pretendendo-se assim interligar estes conceitos: qualidade, produtividade, competitividade e cultura.

A metodologia utilizada recorreu ao método hipotético-dedutivo e como estratégia de investigação aplicou-se uma estratégia quantitativa com reforço qualitativo.

Concluiu-se que a cultura da qualidade pode coexistir no Hospital das Forças Armadas no seu ambiente multicultural, que essa coexistência traz benefícios para os doentes e profissionais e que poderá ser um instrumento importante para melhorar a produtividade e competitividade hospitalares, tornando o hospital mais atrativo para os doentes e mais capaz para cativar os profissionais.

Palavras-chave

Qualidade em saúde, Produtividade, Competitividade, Cultura da qualidade



Abstract

This paper deals with the topic of quality culture in the reality of the Armed Forces in Portugal, focusing on the health care quality in the Armed Forces Hospital, through the interpretation of health care quality and patient safety indicators by several services of this hospital. Based on the analysis of collected data, it also concludes on the association of these indicators with hospital productivity and competitiveness. Finally, the hospital culture of the Armed Forces Hospital is mentioned in the context of organizational culture, and approaches the applicability of the quality culture in hospital multiculturalism and its interaction on medicine as an art, aiming to interconnect these concepts: quality, productivity, competitiveness and culture.

The used methodology resorted to the hypothetical-deductive method and as a research strategy, a quantitative strategy with qualitative reinforcement was applied.

It was concluded that the quality culture can coexist in the Armed Forces Hospital in its multicultural environment, that this coexistence brings benefits to patients and professionals and that it could be an important instrument to improve hospital productivity and competitiveness, making the hospital more attractive for patients and more capable to captivate professionals.

Keywords

Health care quality, Productivity, Competitiveness, Culture of quality



Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ACSA	<i>Agencia de Calidad Sanitária de Andalucia</i>
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ADM	Sistema de Assistência na Doença aos Militares
AR	Assembleia da República
AVD	Atividades da Vida Diária
CHKS	<i>Casper Healthcare Knowledge Service</i>
DGS	Direção Geral da Saúde
DR	Diário da República
EFR	Entidades Financeiras Responsáveis
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
EU	União Europeia
FFAA	Forças Armadas
HFAR	Hospital das Forças Armadas
HFAR-PL	Hospital das Forças Armadas – Polo de Lisboa
HIP	Hipótese
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
IESM	Instituto de Estudos Superiores Militares
ILC	Infeção do Local Cirúrgico
ISO	Organização Internacional de Normalização
ISQua	<i>International Society for Quality in Health Care</i>
IUM	Instituto Universitário Militar
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MDN	Ministério da Defesa Nacional
MHSR	<i>Military Health System Review</i>
MS	Ministério da Saúde
NEP/ACA	Norma de Execução Permanente Académica
NP EN	Norma Portuguesa que adota uma Norma Europeia
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Objetivo Específico
OG	Objetivo Geral



OMS	Organização Mundial de Saúde
OMS-Euro	OMS para a Europa
PBM	<i>Patient Blood Management</i>
PDCA	<i>Plan-Do-Check-Act</i>
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
QC	Questão Central
QD	Questão derivada
SEGO	<i>Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia</i>
SINAS	Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
SGO	Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TII	Trabalho de Investigação Individual
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação e Cultura
WHO	<i>World Health Organization</i>



Introdução, enquadramento e justificação do tema

O tema “a cultura da qualidade na realidade das Forças Armadas em Portugal” é não só um desafio multidimensional, como também a oportunidade para refletir sobre a coexistência das culturas da qualidade, a cultura militar e a cultura hospitalar. Serão elas antagónicas ou sinérgicas e até que ponto complementares?

A qualidade é um tema amplo e complexo. Interessa áreas da atividade humana tão díspares como a indústria automóvel ou os serviços de saúde. Será, porém, sobre a área da saúde hospitalar, aplicada ao Hospital das Forças Armadas (HFAR) como hospital militar único em Portugal, que este trabalho se irá debruçar.

Com a criação do HFAR verificou-se uma diminuição da afluência de doentes em relação à que antes existia nos antigos hospitais da Força Aérea, Marinha e Exército (Figuras 9 e 10 na página 18), tendo simultaneamente ocorrido também uma redução significativa no número de profissionais (Figuras 11 e 12, páginas 19 e 20). Esta realidade veio mesmo a conduzir à atribuição como objetivo, entre outros do domínio clínico, do incremento da produtividade hospitalar, conforme *Carta de Missão - ponto 5.a.(1)* entregue em 2016 à direção do HFAR (Apenso A).

Por outro lado, o HFAR-Pólo de Lisboa (HFAR-PL) encontra-se localizado, num raio de 9,1 Km, próximo de sete hospitais, conforme se pode constatar na figura 1. Estes hospitais, quer por assistirem doentes beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS), quer por possuírem acordo com o Sistema de Assistência na Doença aos Militares (ADM), chegando a praticar taxas moderadoras mais favoráveis, constituem alternativa fácil para os doentes que constituem a população servida pelo HFAR, sendo concorrenciais a este.

	Distância ao HFAR-PL (Km)	Distância-tempo ao HFAR-PL (em minutos - automóvel)
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE (Hospital Pulido Valente)	2,1	7
Hospital da Luz	3,1	8
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE (Hospital de Santa Maria)	3,6	8
HPP Lusíadas	4,6	10
Hospital da Cruz Vermelha	5	11
Hospital Beatriz Ângelo (Loures)	8,1	11
Hospital Cuf Descobertas	9,1	16

Figura 1 - Distância ao HFAR-PL de outros hospitais de Lisboa

Fonte: (Autor, 2018, baseado em dados do *Google Maps*)



É pois, neste contexto, que se irão abordar conceitos como produtividade e competitividade hospitalares, assim como a cultura da qualidade. Porém essa abordagem terá como ponto de partida uma leitura clínica da realidade hospitalar e não uma leitura originária na gestão, procurando demonstrar que boas práticas clínicas originam melhores resultados económicos e que podem ser motivadoras para os profissionais porque acrescentam valor ao ato clínico e geram confiança.

Na literatura, os conceitos de produtividade, competitividade e qualidade surgem associados, constituindo a competitividade e a produtividade, valores que podem ser associados à cultura organizacional de um hospital. Também as dimensões da eficácia e da confiança, são fatores que podem constituir elemento chave no alcance da referida competitividade, prestígio e reconhecimento do HFAR. (Lourenço, 2017)

Importa também salientar, que o sistema de saúde em Portugal está progressivamente mais empenhado, através do Ministério da Saúde e de outras entidades, nacionais ou internacionais, na implementação de programas e sistemas da qualidade, de acreditações e de certificações na saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade da prestação de cuidados e simultaneamente reduzir custos.

Fará então sentido excluir o HFAR da implementação de programas ou sistemas da qualidade, os quais o podem tornar mais competitivo e produtivo, aproximando-o dos padrões em implementação nos hospitais civis?

Este estudo aborda a temática da Qualidade na Saúde Militar, no âmbito da Área das Ciências Militares, subárea 4.6 – Gestão das Organizações e Saúde Militar.



Objeto do Estudo e sua delimitação

O objecto de investigação é a cultura da qualidade e o estudo da sua implementação no HFAR.

O estudo será delimitado pelos seguintes fatores:

- Tempo: a investigação debruçar-se-á sobre a interpretação e aplicação de Indicadores da Qualidade em Saúde entre os meses de Janeiro e Março de 2018.
- Espaço: o âmbito da investigação será delimitado ao HFAR-PL.
- Conteúdo: a investigação terá como base a Norma ISO 9001:2015 (ISO, 2015) com os respetivos indicadores da qualidade usados pelo SGO na sua atividade regular enquanto serviço certificado e os indicadores do programa SINAS (ERS, 2018). A opção pela Norma ISO 9001 deve-se ao facto de permitir a implementação de programas ou sistemas da qualidade no HFAR-PL, nas mesmas condições em que o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia (SGO) se encontra certificado, isto para além do hospital não ficar obrigado às condicionantes inerentes a um processo de acreditação. De facto, os referenciais de acreditação da *Joint Commission International* (JCI), da *Casper Healthcare Knowledge Service* (CHKS) ou da *Agencia de Calidad Sanitária de Andalucia* (ACSA), os quais acreditam hospitais em Portugal, obrigam à implementação de modelos que não foram construídos para um hospital com as características particulares do HFAR. Para além deste facto, a JCI e a CHKS também não permitem a aplicação parcial de programas e sistemas da qualidade. A opção pelos indicadores do programa SINAS justificam-se, na medida em que servirão de indicadores independentes, quer para os diferentes serviços do HFAR-PL estudados, quer para o SGO que irá servir de referência para o estudo comparativo. Os indicadores da qualidade seleccionados destinam-se assim a permitir uma análise comparativa entre a realidade observada no HFAR-PL, no que respeita à cultura da qualidade em saúde e através de uma amostra de diversos serviços do hospital e a realidade observada no seu SGO. Esta comparação deverá permitir-nos concluir das eventuais vantagens da implementação de programas ou sistemas da qualidade no que respeita à produtividade e à competitividade hospitalares, assim como à simbiose entre a cultura militar e a cultura da qualidade no HFAR-PL.



Objetivos da investigação

OBJETIVO GERAL
Contribuir para a identificação de fatores que permitam, no contexto da qualidade em saúde, elevar os padrões da qualidade na prática clínica e da segurança do doente no HFAR-PL, relacionando-os com os fatores competitividade e produtividade e estabelecer relação de causalidade com a cultura organizacional neste hospital.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
OE1: Caracterizar a situação atual dos indicadores clínicos, de produção hospitalar e outros, referentes ao HFAR-PL, através de uma amostra representativa dos seus serviços clínicos.
OE2: Caracterizar a situação atual dos indicadores clínicos, de produção hospitalar e outros referentes ao SGO do HFAR-PL.
OE3: Identificar as áreas de intervenção específica onde um programa de qualidade e segurança do doente possa constituir uma mais-valia para a competitividade e produtividade do HFAR.
OE4: Caracterizar a cultura organizacional do HFAR enquanto hospital militar e concluir se existe melhoria para esta instituição em implementar valores culturais da qualidade, através do exemplo do SGO do HFAR-PL, enquanto serviço certificado.

Figura 2 – Objetivos da investigação

Fonte: (Autor, 2017)



Questões da investigação e hipóteses

QUESTÃO CENTRAL
Em que medida a cultura da qualidade e segurança do doente poderá coexistir no HFAR com a sua cultura organizacional e influenciar no sentido de aumentar a competitividade e produtividade do hospital?

Da QC poderão resultar as seguintes Questões Derivadas (QD) com as respetivas hipóteses (HIP):

QUESTÕES DERIVADAS
QD1: Poderá a cultura da qualidade coexistir no HFAR com a cultura organizacional do mesmo, enquanto hospital militar?
QD2: Melhorar a competitividade poderá tornar o HFAR mais atrativo para doentes e profissionais?
QD3: Implementar boas práticas de qualidade em saúde poderá tornar o HFAR mais produtivo?
HIPÓTESES
HIP1: A cultura da qualidade coexiste no HFAR-PL por intermédio do SGO.
HIP2: A associação do conceito da competitividade à implementação de boas práticas clínicas, poderá tornar o HFAR mais apelativo aos profissionais e simultaneamente atrair mais doentes.
HIP3: Com a implementação de boas práticas de qualidade em saúde, o HFAR melhora a realização de cuidados e reduz custos.

Figura 3 - Questões da investigação e hipóteses

Fonte: (Autor, 2017)



Breve síntese da metodologia da investigação

A metodologia deste trabalho recorre ao método hipotético-dedutivo, na medida em que se assumem as premissas do conhecimento fundamentado nas teorias e experiência da qualidade nas organizações e simultaneamente se faz uso dos dados e da observação da experiência particular do HFAR e do seu SGO, caminhando assim dos dados para a teoria e da teoria para os dados. Como estratégia de investigação recorrer-se-á a uma estratégia quantitativa com reforço qualitativo, apoiada quer na recolha de dados de indicadores de produção hospitalar, de recursos humanos disponíveis e outros, quer na revisão de literatura preliminar sobre qualidade ou cultura das organizações, por exemplo, ou na realização de entrevistas. Na fase exploratória foram efetuadas entrevistas exploratórias semiestruturadas aos entrevistados referidos no quadro da figura 4 (Amaral, 2017) (Loureiro, 2017) (Parente, 2017) (Villasuso, 2017) (Bento, 2017) (resumo das entrevistas no Apêndice C).

Nome	Áreas de formação e experiência atual ou anterior
Maria João Nazaré Cerveira do Amaral	Economista. Administradora hospitalar no setor público. Experiência em acreditação pela CHKS (King's Fund).
Rui Miguel Dias Loureiro	Farmacêutico. Professor universitário. Pós-graduação em gestão da qualidade. Auditor e formador na área da Qualidade na saúde.
Josefina Suzana da Cruz Parente	Médica. Anestesiologista e intensivista. Coordenadora da Qualidade em hospital do setor público. Auditora e formadora na área da Qualidade na saúde.
Sílvia Maria Peña Villasuso	Enfermeira. Administradora e diretora hospitalar em grupo de saúde privado. Experiência em certificação pela Norma ISO 9001.
Adelino San Miguel Bento	Engenheiro eletrotécnico. Presidente dos SUCH. Adjunto da Secretaria de Estado da Saúde. Consultor do Banco Mundial na área da Saúde.

Figura 4 - Personalidades entrevistadas nas entrevistas exploratórias

Fonte: (Autor, 2017)

Estes foram selecionados em função do seu conhecimento e experiência conforme se especifica no mesmo quadro. Para a definição do “Estado da Arte” foram consultadas fontes primárias, tais como legislação em vigor e fontes terciárias como livros, artigos, trabalhos

sobre a presente temática e sítios na *internet*, os quais, associados à informação recolhida nas entrevistas e à experiência do autor nesta área, permitiram consolidar o contexto, encontrar a questão central, as questões derivadas e formular as respetivas hipóteses. Para desenvolvimento da investigação recorreu-se a dados objetivos como a produção hospitalar do HFAR e outros, e procedeu-se a um estudo transversal que permitiu analisar as diferenças entre métodos e instrumentos de trabalho e suas consequências na organização e na cultura da saúde hospitalar, através de indicadores da qualidade em saúde e tendo como referências o HFAR-PL e o seu SGO. Complementou-se o estudo com a realização de uma entrevista semi-estruturada (Lopes, 2018), com vista à consolidação do trabalho no que respeita à área da cultura organizacional.

Encontram-se representados na figura 5 as etapas do processo de investigação e na figura 6, o desenho de pesquisa utilizado neste trabalho.

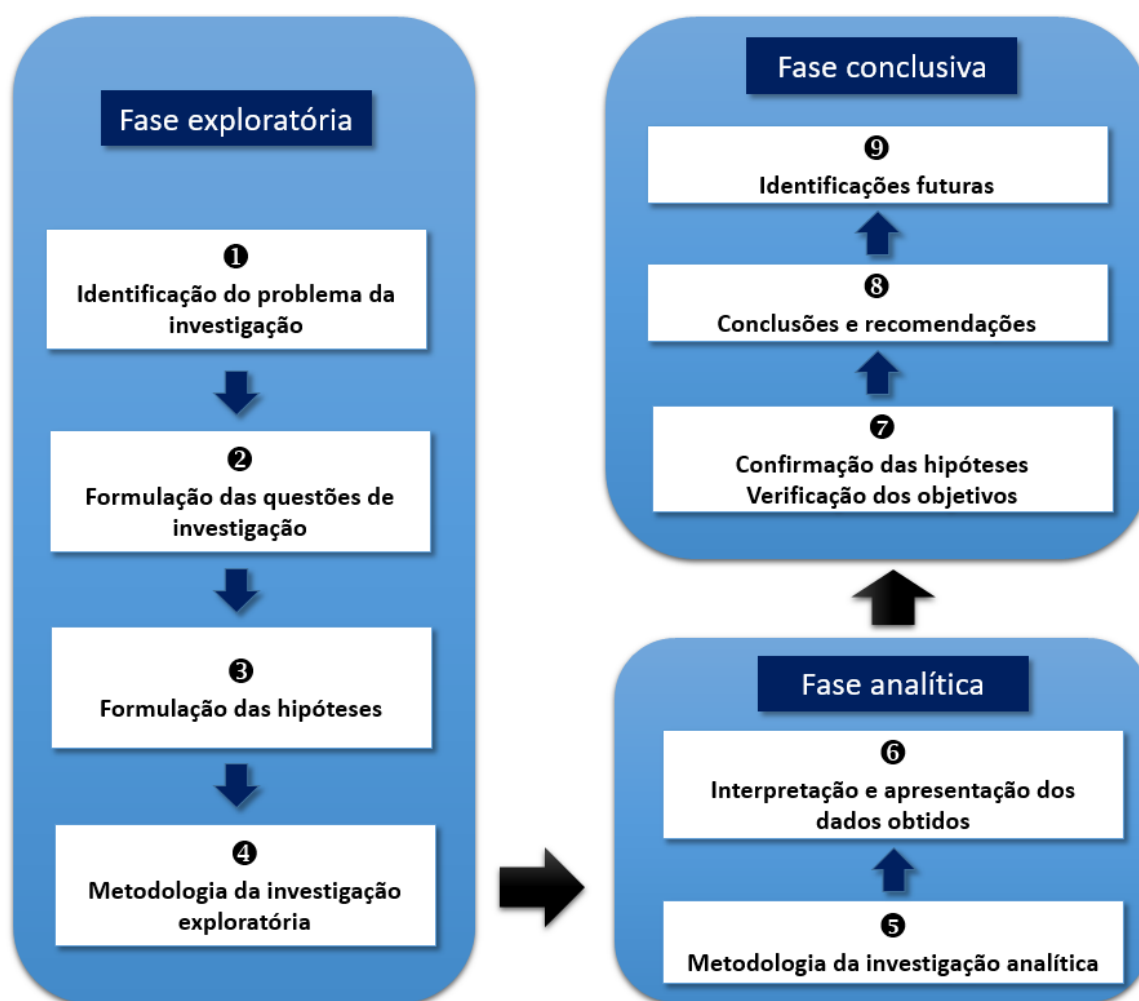


Figura 5 – Etapas do processo de investigação

Fonte: (Amado, 2016, p. 28) (Adaptado de Sarmento (2008, p. 9) e modificado pelo autor (2018))

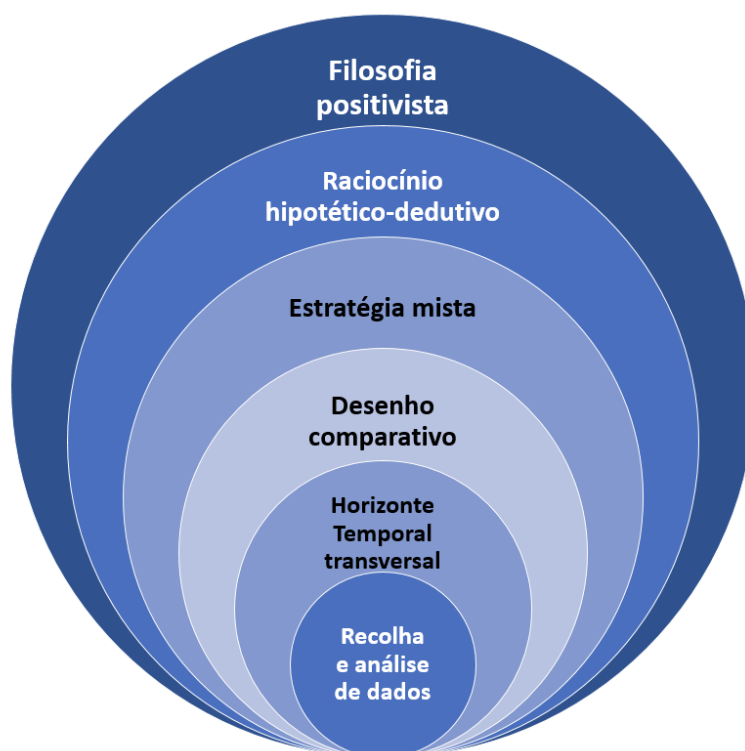


Figura 6 - "Cebola" da investigação

Fonte: (Santos, et al., 2016) (Adaptado de Saunders et al. (2009, p. 108) e modificado pelo autor (2018)



Organização do estudo (estrutura e conteúdo)

A organização do trabalho será efetuada de acordo com os normativos do IUM, NEP/ACA-010 (IESM, 2015a) e NEP/ACA-018 (IESM, 2015b).

O trabalho será organizado em quatro capítulos, para além da introdução e das conclusões.

No primeiro capítulo serão efetuadas, quer a revisão da literatura com vista a traduzir o “Estado da Arte” no tema em causa, quer entrevistas exploratórias. Neste capítulo será também definida a metodologia a seguir e o modelo de análise a utilizar.

No segundo capítulo será analisada a atividade assistencial do HFAR-PL e do SGO em particular. Procura-se caracterizar, por um lado, um serviço com uma identidade própria, decorrente da sua especificidade clínica, mas sobretudo organizacional no contexto do seu Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ). Por outro lado pretende-se, através da identidade clínica e organizacional comum, comparar as duas realidades (HFAR-PL e SGO) através da aplicação dos indicadores assistenciais da qualidade em saúde.

No terceiro capítulo serão confrontados os dados do SGO *versus* os dados clínicos gerais e da segurança do doente do HFAR-PL, procurando identificar mais-valias de um SGQ que contribuam para a competitividade e produtividade do hospital, procurando assim validar as HIP 2 e 3 do presente trabalho.

No quarto capítulo será abordado o tema da cultura organizacional, focando-a no HFAR, e será realizada uma entrevista ao Professor Doutor Albino Lopes, procurando validar a HIP 1 deste trabalho.



1. Estado da Arte

O HFAR constitui-se como “elemento de retaguarda do sistema de saúde militar em apoio da saúde operacional” e tem por missão “prestar cuidados de saúde diferenciados aos militares das Forças Armadas, bem como à família militar e aos deficientes militares (...)”. São suas atribuições, entre outras, “prestar cuidados de saúde aos militares das Forças Armadas (...)”, “colaborar no aprontamento sanitário e apoio aos militares que integram as forças nacionais destacadas ou outras missões fora do território nacional”, “colaborar na formação e treino do pessoal de saúde que integra as forças nacionais destacadas e outras missões fora do território nacional”, “colaborar nos processos de seleção e inspeção médica (...)” e “assegurar o provimento dos quadros técnicos de cuidados diferenciados em ordem de batalha, para efeitos de treino, exercícios e emprego operacional de unidades dos ramos das Forças Armadas”, para além de “articular com as estruturas do Serviço Nacional de Saúde e com as autoridades de proteção civil, as modalidades de resposta às situações de acidente grave ou catástrofe”, assim como “promover a cooperação e articulação com o Serviço Nacional de Saúde” (MDN, 2014, p. 2961).

A missão e atribuições do HFAR determinam-lhe assim características próprias que o diferenciam enquanto hospital de cariz militar. Porém, enquanto hospital na sua essência, definido pela Administração do Sistema de Saúde (ACSS), como um “estabelecimento de saúde (com serviços diferenciados), dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios de diagnóstico e terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica”, é inerente à sua identidade a prestação de cuidados de saúde da mesma forma que o é qualquer outro hospital em Portugal. Recorde-se que o HFAR, pertence ao Sistema Nacional de Saúde (AR, 2002).

Acerca da qualidade, importa salientar que diversas organizações de saúde portuguesas e internacionais, tais como a Direção Geral de Saúde (DGS), a Organização Mundial de Saúde (OMS), a União Europeia (UE) e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) manifestam forte empenho na implementação de programas e de SGQ e na segurança do doente (a qual está intimamente ligada ao conceito da qualidade na saúde) nas instituições hospitalares dos diversos países do mundo, e Portugal não constitui exceção. Assim, de acordo com Despacho do Ministério da Saúde (MS, 2015, pp. 3882-(2)), o acesso a cuidados de saúde de qualidade “é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que



lhe são prestados, sendo que a segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde” e aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, referindo que “este Plano respeita a Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009, sobre a segurança dos doentes, e decorre da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, passando a integrá-la, devendo ser considerado como uma orientação do Ministério da Saúde que visa reforçar, de forma particular, os dispositivos concretos de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde (...)”. O *Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020*, emitido pelo Ministério da Saúde/DGS (DGS, 2015), refere que “A OMS-Euro aconselha os Estados a implementar estratégias nacionais para a qualidade e segurança em saúde que tenham particular atenção à necessidade de se adotarem medidas que sejam sustentáveis a longo prazo”. Apelando à melhoria da qualidade no sistema de saúde português, refere que “melhorar a qualidade é também uma resposta pragmática à necessidade de sustentabilidade do Sistema de Saúde (...) porque contribui para melhoria da efetividade e da eficiência da prestação de cuidados de saúde”. Também o Departamento da Qualidade na Saúde da DGS define uma *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*, aprovada no Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio e emite um *Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. Muito recentemente, a DGS emitiu a Norma 005/2018 (DGS, 2018) destinada aos Conselhos de Administração e Presidentes das Comissões de Qualidade e Segurança dos Hospitais do Sistema de Saúde, que indica que “a avaliação da cultura de segurança do doente deve realizar-se nas instituições hospitalares, através de um questionário” (electrónico), indica quais as dimensões o questionário deverá abranger e estabelece um plano cronológico para a sua implementação, de forma que a análise e divulgação dos resultados nacionais seja efetuada em novembro de 2018, a que se seguirão a implementação de medidas de melhoria no ano seguinte. Esta Norma pretende responder à recomendação da OMS e do Conselho da União Europeia destinada aos Estados Membros, com vista à “avaliação da perceção dos profissionais sobre a cultura de segurança do doente, como condição essencial para a introdução de mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde, e alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados aos doentes” afirmando que “em Portugal, os resultados de um estudo piloto e das avaliações realizadas em 2014 e 2016 demonstram que as seguintes dimensões da cultura de segurança do doente necessitam de intervenção nos hospitais: Resposta ao erro não punitiva, Frequência da notificação, Dotação de profissionais, Apoio à Segurança do Doente pela gestão, Trabalho entre unidades,

Abertura na Comunicação, Comunicação e feedback acerca do erro, Perceções gerais sobre a Segurança do Doente e Transições”. Esta posição da DGS é muito clara quanto à importância, importância e política, a respeito da cultura da qualidade e da segurança do doente no nosso sistema de saúde em Portugal.

1.1. Qualidade em Saúde e referencial ISO

O conceito de qualidade é complexo e tem sido alvo de um processo evolutivo. Entre os seus pioneiros, Deming, Juran e Crosby, definem o conceito adotando um conjunto de princípios, os quais deverão orientar as organizações para a melhoria da qualidade. Entre os diferentes princípios defendidos por eles, reconhece-se contudo uma base comum, designadamente: “o empenho e o apoio da gestão de topo serem fatores essenciais, não existirem atalhos para a qualidade, a educação e o treino deverem ser contínuos, a maior parte dos problemas associados à qualidade poderem ser atribuídos às ações e políticas de gestão, a implementação ser aplicável a qualquer organização, as inspeções no final da produção deverem ser reduzidas ou eliminadas, a comunicação efetiva e o trabalho de equipa serem essenciais a todos os níveis, os gestores deverem fornecer aos trabalhadores os meios necessários para realizar um bom trabalho, a medição ser crítica, as melhorias não serem vistas em termos de produtos finais, os fornecedores deverem ser envolvidos no esforço da qualidade e a procura da qualidade dever ser um esforço contínuo”, conforme refere Saraiva (2012, p. 2). Para além daqueles autores é também essencial referir o contributo de outros, tais como Feigenbaum e Ishikawa, como teóricos fundamentais da qualidade.

O ciclo da qualidade de Deming (definido por Shewhart na década de 20 do século passado e aperfeiçoado por Deming na década de 50) é reconhecido universalmente e está refletido na Norma NP EN ISO 9001:2015 (figuras 7 e 8).

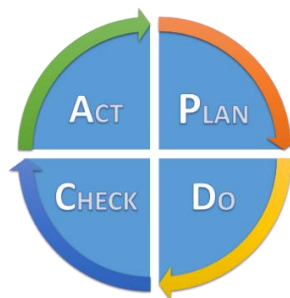
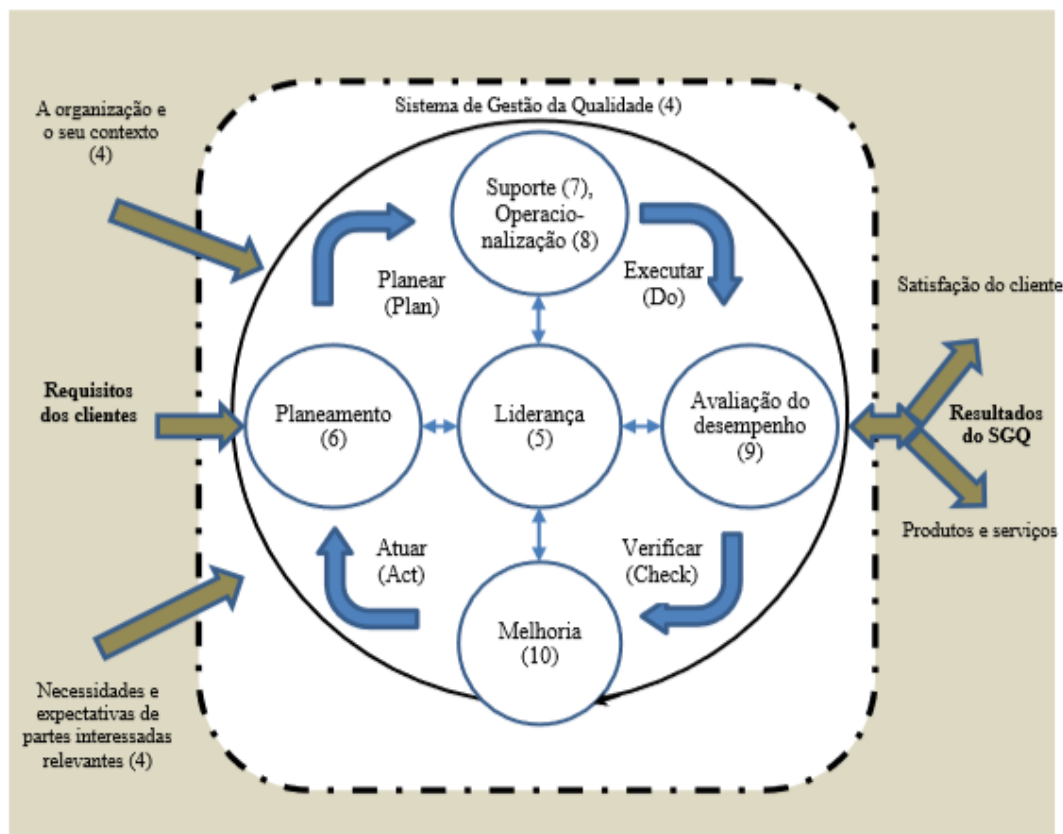


Figura 7 - Ciclo PDCA

Fonte: (Adaptação do autor, 2018)



NOTA: Os números entre parêntesis fazem referência a secções nesta Norma

Figura 8 - Ciclo PDCA na ISO 9001:2015

Fonte: (ISO, 2015, p. 10)

Quando abordamos contudo a qualidade em saúde, importa:

- Adaptar o conceito geral da qualidade ao âmbito da saúde, podendo defini-la como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (Saturno et al, 1990, cit. por DGS, 2015, p.16) (DGS, 2015), implicando, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível (DGS, 2015, p. 16);

- Estabelecer na prática o referencial que vai definir os parâmetros da qualidade. Existem assim diferentes referenciais que a definem. É o caso da JCI, da CHKS ou da ACSA, as quais são organizações responsáveis pela *acreditação* de unidades de saúde e que o fazem de acordo com os critérios que estas organizações definem. Por outro lado, como organização que estabelece critérios de *certificação*, temos o exemplo do referencial ISO, o qual vamos adotar como referencial neste trabalho, no âmbito da Norma NP EN ISO



9001:2015 (ISO, 2015), e que corresponde à última versão desta Norma ISO 9001. É importante ter presente que *acreditação* e *certificação* implicam abordagens diferentes na aplicação dos conceitos da qualidade (ver glossário). Esta Norma ISO, ao contrário das normas de padrões de gestão da qualidade emitidas pelos organismos de acreditação referidos, permite a aplicação de programas de qualidade ou SGQ num hospital, de forma flexível e adaptada à organização hospitalar, como será o caso do HFAR. Por fim, importa referir também o referencial SINAS (ERS, 2018), que não acredita nem certifica, mas que estabelece uma classificação nacional. Neste estudo ir-se-ão utilizar indicadores da qualidade em saúde e segurança do doente, os quais são definidos por este sistema nacional de avaliação.

1.2. Produtividade

A produtividade pode ser definida como “a produção de um produto/fornecimento de um serviço, utilizando os menores recursos (humanos, materiais, financeiros) por unidade de produto/prestação do serviço de acordo com especificações definidas” (Pires, 2016, p. 265). A produtividade é um tema abordado em inúmeras publicações, através de diversas abordagens, desde as mais clássicas (Ribeiro, 2015) até à linguagem *Lean* (Koenigsaecker, 2009) (Líbano, 2012, pp. 6-16), passando pela filosofia *Kaizen* (Silveira, 2011) (Líbano, 2012, pp. 6-16) e terminando na abordagem da produtividade em contexto da saúde (Vignochi, et al., 2014) (Líbano, 2012). Contudo, é importante salientar que o termo mais frequentemente usado na literatura para a promoção da saúde é a produtividade e não a eficácia e o desempenho (Sadia, 2016, p. 2).

1.3. Competitividade

Definir o conceito de competitividade poderá simplesmente significar “realizar as coisas certas à primeira vez todas as vezes ao preço e nas condições preferidas pelo comprador” (Pires, 2016, p. 266). No entanto o conceito de competitividade é muito mais complexo e abrangente e encontra-se associado na literatura, quer geral, quer específica da saúde, a conceitos tão diversos como: qualidade (Costa, et al., 2011, p. 11), melhores tratamentos com as menores complicações e as melhores taxas de sucesso, informação (Jesus, 2006) (Porter & Teisberg, 2006); segurança (Malik, 2009); eficiência e eficácia (Mateus e Associados, et al., s.d., p. 18); *benchmarking* (Malik, 2009) (Mateus e Associados, et al., s.d., p. 19 e 23); melhoria; noção “complexa” referenciada a um “processo”,



indicadores, avaliação do desempenho, análise comparativa (Mateus e Associados, et al., s.d., pp. 26-27); satisfação do cliente/utente/doente, sistemas de gestão da Qualidade, programas e ferramentas da qualidade, melhoria organizacional (Costa, et al., 2011, pp. 1,13-14); efetividade (Ferreira, 2015, pp. 37-38); produtos sem erros; cumprimento de prazos, gestão do conhecimento, etc.

Se aplicarmos o conceito de competitividade à área da Saúde podemos defini-la como “a capacidade que um hospital tem em desenvolver um desempenho positivo e superior que lhe confira uma posição de vantagem competitiva em relação aos restantes hospitais” (Eiriz, et al., 2006, p. 2), aplicar conceitos da filosofia *Lean* ou da filosofia *Kaizen* almejando dessa forma adquirir importante vantagem competitiva (Líbano, 2012, pp. 8-9), ou usar tabelas de *ranking* como é o caso do modelo IASIST (IASIST, 2015).

A competitividade constitui na verdade “uma variável pluridimensional resultante de processos económicos, sociais e políticos complexos, não podendo, por isso mesmo, ser adequadamente evidenciada por indicadores simplificados ou parcelares” (Mateus e Associados, et al., s.d., p. 27).

Associar o conceito de competitividade ao conceito de qualidade é também imperativo, porquanto a associação da competitividade à qualidade é, segundo Crato (2010, p. 32), não só um fator estratégico, como também uma condição essencial para a competitividade das empresas. Polycarpo (2011, p. 1) afirma que “a qualidade é o preço a pagar pela competitividade” e defende que “uma das formas de alcançar altos níveis de competitividade depende da Gestão da Qualidade Total” (Polycarpo, 2011, p. 4). Também Costa, et al. (2011, p. 2) sustêm que “as empresas que possuem certificações e normas de qualidade têm um grande diferencial competitivo, além de possuírem uma imagem mais positiva perante os seus clientes e fornecedores”.

Mas não esqueçamos que “em organizações saudáveis produtos e proveitos não são o objetivo imediato; são o resultado de fazer as coisas bem feitas. Por isso, o sucesso organizacional, a melhoria da qualidade, o serviço de excelência e as vantagens competitivas são os sub-produtos de valores partilhados e de esforços coletivos.” (Sadia, 2016, p. 3)

1.4. Cultura Organizacional

Começaremos por abordar o conceito lato de cultura e defini-la como “um sistema de conceitos que permitem aos indivíduos atribuírem sentidos às suas vivências”, desempenhando “um papel integrador, substituindo figuras mais arcaicas de construção da



coesão interna, no seio das organizações como é o caso da hierarquia ou do mercado” (Lopes, 2009-2010, p. 1 e 6). No contexto das organizações, assume-se então a cultura organizacional como “uma programação mental, com todas as suas implicações em termos de crenças, de criação de sentido e de expressão através de artefactos e de padrões de comportamento, ajustadas aos grupos de pertença” (Lopes, 2009-2010, p. 5) ou, também, como a forma padronizada pela qual uma organização responde aos seus desafios, quer eles sejam explícitos ou implícitos (Westrum, 2004, p. ii22), ou ainda, de acordo com a definição de Schein (1990) “*Organizational culture can be defined as a set of core values, behavioural norms, artefacts and behavioural patterns which govern the way people in an organization interact with each other and invest energy in their jobs and in the organization at large*” (Neves & Lopes, 2017, p. 37). Esta abordagem cultural das organizações conduz-nos então à forma como a qualidade poderá ser interpretada e assimilada dentro das mesmas, uma vez que também existe uma cultura própria da qualidade, a qual congrega questões de produtividade e de competitividade, temas que surgem associados cada vez com maior frequência (Fleury, 1993, p. 27). Associada à cultura da qualidade surgem os seus princípios, valores e comportamentos próprios. Encontram-se referidos na literatura múltiplos valores e comportamentos, conforme a interpretação dos teóricos ou dos praticantes da qualidade (Backstrom, et al., 2016, p. 693). No caso presente deste trabalho vamos focar-nos em sete princípios da gestão da qualidade, uma vez que são os assumidos pela Norma ISO 9001:2015. São eles o foco no cliente, a liderança, o comprometimento das pessoas, a abordagem por processos, a melhoria, a tomada de decisão baseada em evidências e a gestão das relações.

1.5. Indicadores

Indicadores podem ser definidos como “medidas de desempenho que expressam resultados em índices numéricos” (Vignochi, et al., 2014, p. 497). Podem tratar-se de indicadores de produção hospitalar, de indicadores da qualidade em saúde, ou outros. No caso presente importa referir os *Indicadores de Calidad Asistencial da Sociedad Española de Ginecologia y Obstetricia* (SEGO, s.d.) e os indicadores SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2018). Estes indicadores destinam-se a orientar para as boas práticas em saúde, de acordo com o estado da arte, e são atualizados sempre que tal se justifique, pelas organizações responsáveis.



1.6. **Síntese conclusiva**

O HFAR é o hospital militar único das Forças Armadas. Como tal, enquanto possui uma organização militar e depende do MDN, também tem que cumprir as determinações da ACSS porque pertence ao Sistema Nacional de Saúde. Na realidade presente, as estruturas hospitalares civis estão a ser alvo da implementação de programas e de sistemas da qualidade e da segurança do doente, porque o país assume a necessidade de implementar melhorias na prestação de cuidados de saúde, de proteger os doentes dos eventos adversos decorrentes da prestação daqueles cuidados e porque estas práticas reduzem custos. A implementação destas medidas pode fazer-se de diversas formas, entre as quais a acreditação por entidades acreditadoras específicas para a saúde como a JCI, a CHKS ou a ACSA, pela certificação de unidades de saúde, como os hospitais, num todo ou em parte, através da Norma ISO 9001, ou simplesmente pela adesão a sistemas de classificação nacional como o SINAS.

Associados à qualidade, surgem então conceitos como a produtividade, a competitividade e a cultura organizacional. Assim, enquanto que o conceito de produtividade é mais simples de definir, o conceito de competitividade e sobretudo o de cultura organizacional, são bem mais complexos.

De qualquer das formas é consensual que a qualidade gera mais produtividade e aumenta a competitividade das organizações.

Por outro lado a cultura organizacional fala-nos de valores e de comportamentos e a qualidade tem os seus próprios valores e comportamentos.

Por fim interessa abordar os indicadores que podem refletir as práticas da qualidade e consequentemente, a produtividade e a competitividade das organizações.



2. Atividade assistencial do HFAR-PL, o SGO e os indicadores da qualidade em saúde

A atividade assistencial de um hospital pode avaliar-se através dos seus indicadores de produção assistencial. É o caso do número de consultas externas efetuadas ou do número de doentes assistidos no Serviço de Urgência do HFAR-PL, que se caracterizam como as portas de entrada no hospital e que estão retratadas nos gráficos das figuras 9 e 10, números estes que nos evidenciam um decréscimo de atividade entre os anos de 2013 e de 2017.

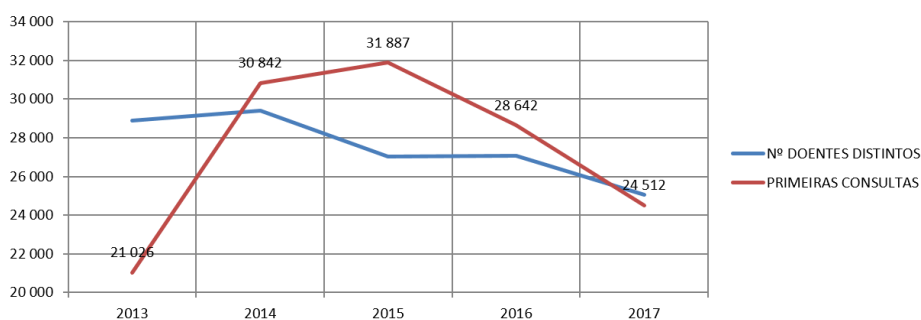


Figura 9 - Variação consulta externa

Fonte: (Base de dados do HFAR, 2017)

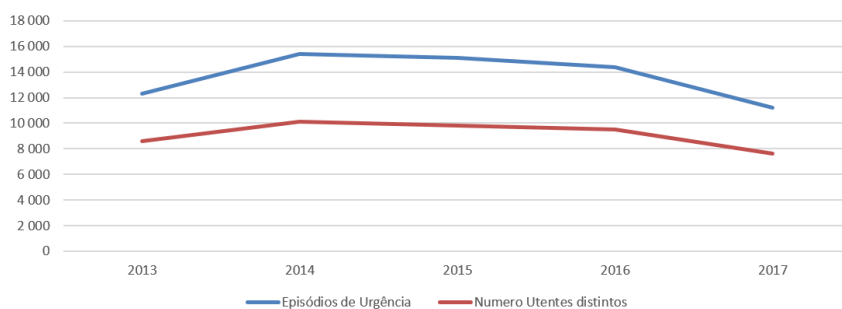


Figura 10 - Episódios de urgência

Fonte: (Base de dados do HFAR, 2017)

Ressalva-se que o ano de 2013 correspondeu ao início do processo de fusão dos hospitais da Força Aérea, Exército e Marinha no hospital único das Forças Armadas e que, durante este período, ocorreu a migração faseada de serviços e unidades, tendo o processo de fusão terminado em maio de 2014. Os reinícios de atividade assistencial aconteceram



também a velocidades diferentes, dadas as características específicas de cada especialidade e as incontornáveis adaptações entre os profissionais, serviços e unidades. É fundamental ter presente que os hospitais são estruturas muito complexas e que dependem profundamente da interação entre indivíduos, serviços e unidades, assim como do trabalho de equipas interdependentes. Os hospitais são também, segundo alguns autores, “os elementos mais importantes dos sistemas de saúde e enquanto tal devem estar vocacionados para prestar cuidados de saúde de elevado nível de qualidade e corresponder às necessidades e expectativas dos doentes”¹ (Ghahramanian, et al., 2017, p. 168). Assim, importa ainda neste contexto, salientar o facto de o HFAR ter perdido neste período de fusão um número considerável de ativos, conforme o evidenciam as figuras 11 e 12.

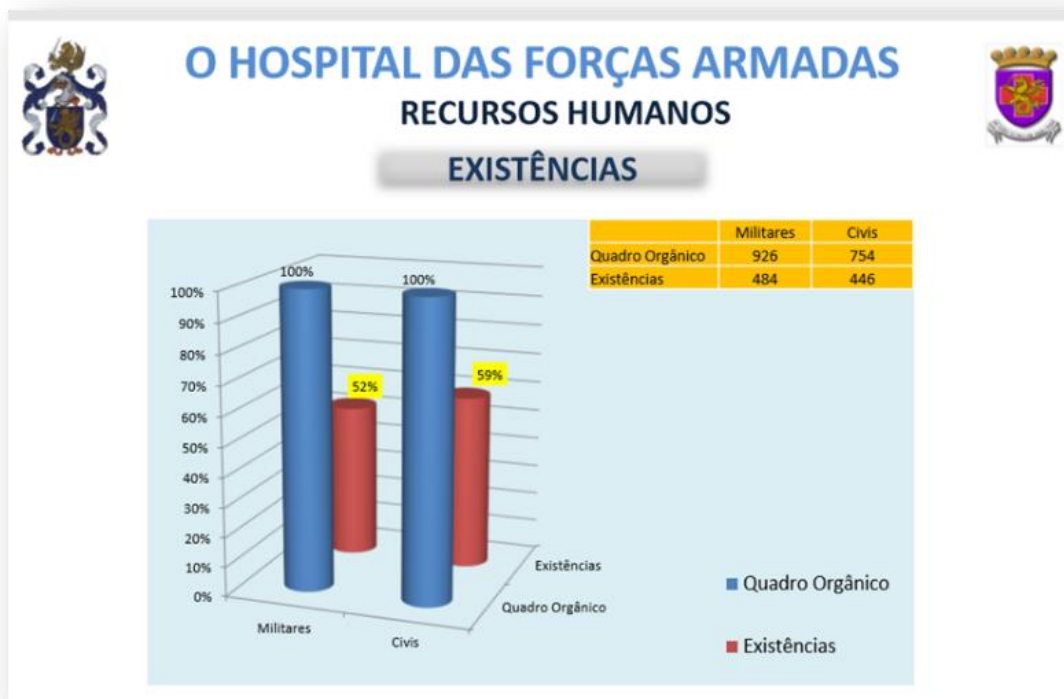


Figura 11 - Recursos humanos existentes no HFAR

Fonte: (Recursos humanos HFAR, 2017)

¹ Tradução do autor

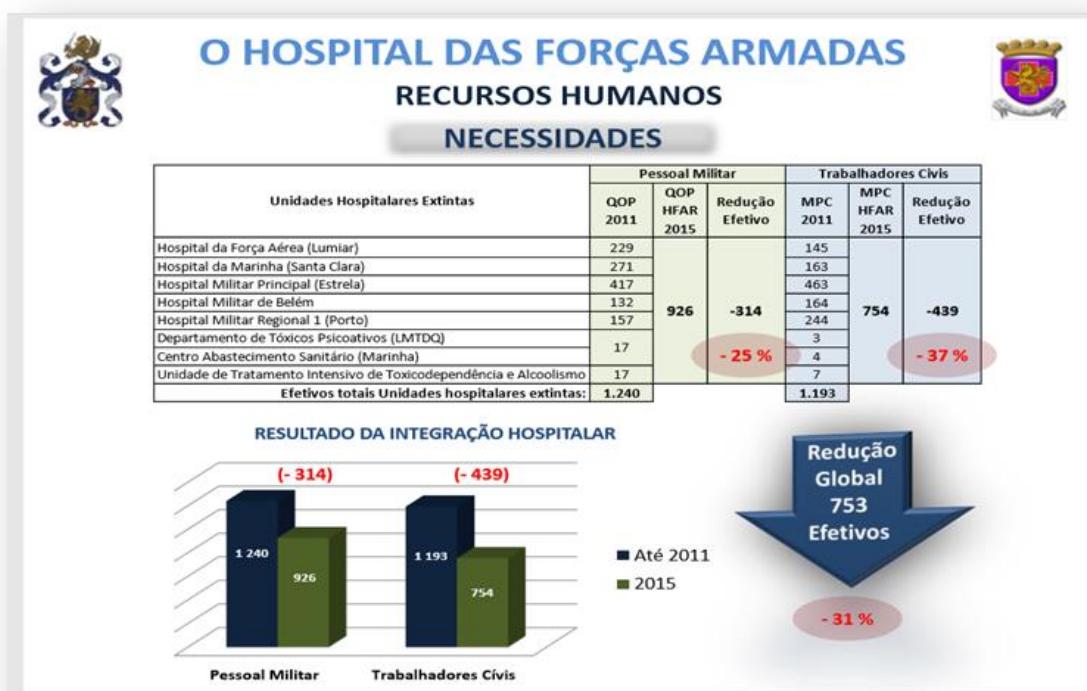


Figura 12 - Necessidade de recursos humanos do HFAR

Fonte: (Recursos humanos HFAR, 2017)

O HFAR-PL dispõe atualmente de 31 especialidades médicas diferentes, correspondendo a número igual de serviços ou unidades (doravante designados apenas por “serviços” para maior clareza na leitura) e distribuídos por quatro departamentos: o departamento médico, o departamento cirúrgico, o departamento de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e o departamento de urgência e cuidados críticos.

2.1. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia

O serviço de ginecologia e obstetrícia está incluído no departamento cirúrgico, muito embora seja uma especialidade de cariz médico-cirúrgico e que efetua simultaneamente meios complementares de diagnóstico e terapêutica específicos da especialidade, como é o caso da ecografia obstétrica ou da colposcopia. Estas características permitem, de certa forma, que os indicadores que usa no contexto do seu SGQ sejam abrangentes ao ponto de se poderem estabelecer fatores comparativos entre as especialidades que foram selecionadas para este estudo, pertencentes a três departamentos diferentes.



O SGO implementou um SGQ e certificou-o em 2005 através de uma entidade certificadora independente, sendo submetido anualmente a auditorias externas da qualidade e tendo até hoje renovado a sua certificação, de forma ininterrupta. No ano de 2017 renovou a sua certificação pelo referencial ISO 9001:2015, beneficiando da experiência de 12 anos consecutivos de certificação, podendo afirmar-se que o SGO é hoje um serviço detentor de uma cultura de qualidade instalada e madura.

Para cumprir com os requisitos da Norma ISO 9001 pela qual é certificado, presentemente a ISO 9001:2015 (ISO, 2015), o SGO necessitou organizar-se em função da mesma. Assim:

Princípios de gestão da qualidade – o SGO assume os sete princípios de gestão da qualidade: foco no “cliente” (que no SGO correspondem à utente ou doente), liderança, comprometimento das pessoas, abordagem por processos, melhoria, tomada de decisão baseada em evidências e gestão das relações.

Abordagem por processos – o SGO estabeleceu os seus três processos-chave: Consulta, Cirurgia (ver exemplo no Apêndice E) e Exames e Técnicas. Toda a organização funcional do SGO obedece a esta forma de abordagem, determinando processos para todas as áreas de funcionamento do serviço, de acordo com o ciclo PDCA (*Plan-Do-Check-Act*):

- *Plan* (planear) – os objectivos, os processos e os recursos necessários para satisfazer as necessidades expressas pela utente/doente e pela organização são planeados previamente, identificando e tratando riscos e oportunidades.

- *Do* (executar) – é implementado o que foi planeado.

- *Check* (verificar) – são monitorizados e medidos os processos e os serviços resultantes da implementação efetuada e reportados os resultados. É aqui que se situam os indicadores que abordamos neste trabalho.

- *Act* (atuar) – são empreendidas ações para melhorar o desempenho, conforme se verificar que é necessário.

O SGO mantém a informação documentada necessária para suportar a operacionalização dos seus processos e retém-na para se poder assegurar que os processos são implementados de acordo com o que foi previamente planeado.

Pensamento baseado em risco – o conceito do pensamento baseado em risco é muito importante nesta versão 2015 da Norma. Este conceito já estava implícito nas versões anteriores através da implementação das ações preventivas, por exemplo, mas é dado especial destaque na Norma atual. O SGO, para dar resposta a este requisito, elaborou uma



matriz de risco (ver Apêndice F) após ter levado a efeito, numa reunião de equipa com os seus profissionais, uma sessão de *brainstorming* para identificar o risco na atividade do serviço e ter efetuado uma análise de riscos e de oportunidades que veio a dar origem à referida matriz.

Contexto da organização:

- Compreender a organização e o seu contexto – O SGO elaborou sobre a sua natureza organizacional, determinando as questões externas e internas relevantes para o seu propósito e definiu uma orientação estratégica, definindo uma política, valores e uma missão, respeitando quer a especificidade da sua área clínica e do saber, quer a sua identidade como serviço clínico, pertencente a um hospital militar, tendo como profissionais elementos militares e civis com diferenciações profissionais distintas, com códigos de ética e de deontologia na dependência das suas Ordens profissionais e prestando cuidados a doentes com diferentes sensibilidades e culturas. Todos estes fatores teriam que se articular, de forma equilibrada e consistente, com a natureza militar da organização e com a cultura da qualidade, em contexto hospitalar.

- Compreender as necessidades e as expectativas das partes interessadas – o SGO avalia quais as partes interessadas que são relevantes para o seu SGQ, assim como os seus requisitos, e monitoriza regularmente esta informação.

Liderança – a forma como é exercida a liderança é fundamental para o sucesso de um SGQ. A liderança tem que envolver a gestão de topo, a qual deve comprometer-se assegurando a eficácia do SGQ, o cumprimento da política da qualidade e dos objetivos do serviço, o cumprimento dos requisitos da Norma, a promoção da abordagem por processos e do pensamento baseado em risco, deve disponibilizar os recursos necessários para manter funcional o SGQ e garantir os resultados pretendidos de acordo com o SGQ, comprometendo, orientando e apoiando as pessoas nesse sentido e promover a melhoria. Estes compromissos de liderança são um desafio para o chefe do SGO. De facto, a Norma compromete a gestão de topo, a qual está materializada na direção do HFAR. A manutenção do SGQ depende assim, profundamente, da interiorização por parte das diferentes direções do que significa ter um serviço certificado em qualidade. Esse tem sido o desafio permanente para o chefe do SGO; o de manter, com sucesso, uma cultura da qualidade dentro da cultura hospitalar no HFAR.

Foco na doente/utente/"cliente" – mais um desafio para o chefe do SGO significa conseguir que a gestão de topo possibilite que o serviço se comprometa em assegurar os



requisitos e a satisfação das expectativas das utentes/doentes de acordo com o SGQ, assim como a determinação e tratamento dos riscos e oportunidades que podem afetar a conformidade do serviço prestado.

Planeamento – de acordo com a natureza do SGQ e cumprindo o ciclo PDCA, o SGO respeitando o seu plano trienal, efetua em janeiro o seu plano anual onde planeia as reuniões regulares estabelecidas (anual e semestral da qualidade e semestral de avaliação de fornecedores), o seu plano anual de formação externa e interna, as reuniões clínicas internas mensais, as consultas de decisão terapêutica, o plano de férias do pessoal, as auditorias internas (técnicas, a consumíveis e dispositivos, e da qualidade) e a auditoria externa anual. O SGO também planeia anualmente a execução de projetos, objetivos de âmbito clínico, técnico, formativo, científico e da qualidade, planeia a gestão de sugestões e reclamações, assim como os estágios de histeroscopia para médicos provenientes de outras instituições. São igualmente planeadas as ações para redução do risco, de acordo com a matriz de risco e os objetivos quantificados, com o valor calculado de redução. Todo este planeamento é obrigatoriamente monitorizado, são identificados os responsáveis pela implementação das ações e intervenientes no processo, definidos os prazos de implementação, avaliados os recursos necessários e a avaliação dos resultados. No final são implementadas ações de melhoria com base na avaliação regular que é efetuada.

Comunicação – o SGO tem determinada, controlada e documentada a forma como comunica interna e externamente. Também possui um sistema de controlo da informação documentada, nomeadamente a forma como efetua a distribuição, acesso, recuperação e utilização de documentos, a forma como armazena e conserva documentos, o controlo de alterações aos documentos e as regras de retenção e eliminação de documentos.

Desempenho – o SGO monitoriza o seu desempenho por intermédio de questionários anuais de avaliação do grau de satisfação às suas utentes/doentes e aos seus profissionais, monitoriza o seu desempenho em função da avaliação de fornecedores externos de produtos e serviços, faz uso dos dados obtidos com as auditorias internas e externas para ações de melhoria e comunica à gestão de topo, pelo menos anualmente, uma revisão de todo o seu SGQ num documento denominado *revisão pela gestão*.

Melhoria – as ações de melhoria decorrem da identificação de não conformidades, de reclamações, de risco identificado e de oportunidades de melhoria fornecidas pelo SGQ. O SGO implementa medidas de correção e planeia de acordo com o ciclo PDCA, no sentido da melhoria contínua. O SGO dispõe de instrumentos de comunicação não punitiva de não



conformidades, incentivando os seus profissionais a fazerem uso desses instrumentos e a colaborarem sugerindo soluções. Essas comunicações são valorizadas pelo chefe do serviço e implementadas as necessárias ações corretivas ou preventivas que posteriormente são monitorizadas, sempre seguindo a lógica do ciclo PDCA.

2.2. Seleção dos indicadores da qualidade em saúde e segurança do doente e dos serviços do HFAR-PL

2.2.1. Seleção dos indicadores

Como base deste trabalho, foram selecionados indicadores da qualidade em saúde, refletindo boas práticas em saúde, não tendo sido contemplados indicadores de produção assistencial. Pretendeu-se assim avaliar a implementação de boas práticas em saúde hospitalar, em áreas comuns a todos os serviços e unidades do hospital, mas dependentes de uma cultura da qualidade. Os indicadores de segurança do doente beneficiam de uma designação separada devido à sua importância particular, mas serão tratados conjuntamente com os indicadores da qualidade.

Alguns indicadores não eram aplicáveis a alguns serviços (por exemplo a Imagiologia) devido ao caráter muito específico destes serviços. Porém, os indicadores foram mantidos no estudo, dada a sua importância para as especialidades cirúrgicas, uma vez que o padrão comparativo é o de uma especialidade cirúrgica e o impacto destas especialidades na produtividade e na competitividade do hospital é de extrema importância. As exclusões foram contudo devidamente assinaladas e consideradas na análise efetuada.

Os indicadores selecionados para este estudo foram retirados, quer dos indicadores da qualidade que o SGO utiliza no âmbito do seu SGQ, quer do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde - SINAS (ERS, 2018).

Os indicadores retirados do SGO têm origem na sua grande maioria nos *Indicadores de Calidad Asistencial da Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia* (SEGO, s.d.). Alguns outros foram incluídos ao longo dos anos, de origens diversas, devido ao facto de refletirem boas práticas assistenciais e serem orientadores importantes no contexto dos requisitos do SGQ. Os indicadores da SEGO e os outros mencionados, foram assumidos pelo SGO no ano de 2006 e têm desde então sido alvo de atualizações e auditorias anuais no âmbito da certificação do seu SGQ pela Norma ISO 9001, por entidade certificadora independente.



Para o presente trabalho, quer os indicadores do SGO, quer os indicadores SINAS, foram submetidos a escrutínio e selecionados apenas os que se adequassem a este estudo.

Como critérios de seleção dos indicadores foram assumidos os que tivessem uma aplicação universal e os que, devido ao seu impacto clínico, na qualidade, segurança do doente, produtividade e competitividade do hospital, assim o justificassem.

Foi elaborado um questionário com os indicadores numerados e admitidas três respostas possíveis para cada indicador: *sim* (o indicador é cumprido e existem evidências desse facto), *não* (o indicador não é cumprido ou não existem evidências desse facto) e *não aplicável*.

O questionário foi distribuído aos chefes dos serviços selecionados e recolhidas as respostas escritas, sob compromisso de anonimato.

2.2.2. Seleção dos serviços – critérios de inclusão

Foram selecionados 23 serviços, correspondendo a mesmo número de especialidades médicas diferentes, sendo 11 serviços do departamento cirúrgico, oito serviços do departamento médico e quatro serviços do departamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT). Todos estes serviços tinham dimensão ou características clínicas suficientemente semelhantes ou comparáveis, as quais justificaram a sua inclusão no estudo, pelo que são avaliáveis pelos mesmos indicadores da qualidade em saúde.

Os serviços selecionados representam 74% do número de especialidades médicas existentes no HFAR-PL.

Excluiu-se do estudo o departamento de urgência e cuidados críticos, porque quer o serviço de urgência, quer a unidade de cuidados intensivos, não correspondem aos referidos critérios de inclusão, assim como alguns serviços dos outros três departamentos.

2.2.3. Natureza dos indicadores

Os indicadores selecionados estão agrupados pelas seguintes áreas: indicadores gerais, de segurança do doente, *patient blood management* (PBM), de focalização no utente, de satisfação do utente, de análise do risco, de planeamento, de comunicação, de controlo da informação documentada, de avaliação de fornecedores externos, de propriedade dos clientes/utentes/doentes, auditorias, ações corretivas ou preventivas e outros indicadores.



2.3. **Síntese conclusiva**

Com o processo de constituição do HFAR verificou-se um decréscimo da sua atividade assistencial e uma redução acentuada do seu número de profissionais, a que se sobrepôs a necessidade da sua reorganização funcional, com a constituição de novas equipas e métodos de trabalho, trazidos pelos profissionais provenientes dos três hospitais que lhe deram origem. Um dos serviços do HFAR-PL, o SGO, mantinha desde o ano de 2005 uma certificação de qualidade pela Norma ISO 9001, o que lhe permitiu manter a sua organização, apesar das mudanças ocorridas. Hoje, o SGO mantém a sua certificação por uma entidade externa independente, pela Norma ISO 9001:2015 e é um serviço detentor de uma cultura de qualidade instalada e madura. De acordo com os requisitos da mesma, respeita os princípios de gestão da qualidade, a abordagem por processos, o pensamento baseado em risco, procura compreender a organização e o seu contexto, assim como as necessidades e expetativas das partes interessadas, exerce a liderança, foca-se na utente/doente, efetua o planeamento conforme a Norma o exige, controla a comunicação, monitoriza o seu desempenho e implementa melhoria. A experiência do SGO será neste trabalho utilizada como referência através da utilização de indicadores da qualidade em saúde e que serão aplicados quer ao SGO, quer a uma amostra representativa de serviços do HFAR, com a intenção de conhecer a cultura hospitalar no contexto deste referencial.

3. Análise comparativa dos indicadores da qualidade e segurança do doente do SGO *versus* HFAR-PL e o seu impacto na produtividade e competitividade

Conforme esquematizado na figura 13, foi distribuído um inquérito questionando da aplicação de indicadores da qualidade em saúde, aos chefes de 23 serviços do HFAR-PL. A distribuição do questionário ocorreu entre os dias 9 de janeiro e 3 de fevereiro de 2018 e as respostas foram recolhidas entre 15 de janeiro e 28 de fevereiro do mesmo ano. As respostas foram processadas e deram origem a uma base de dados.

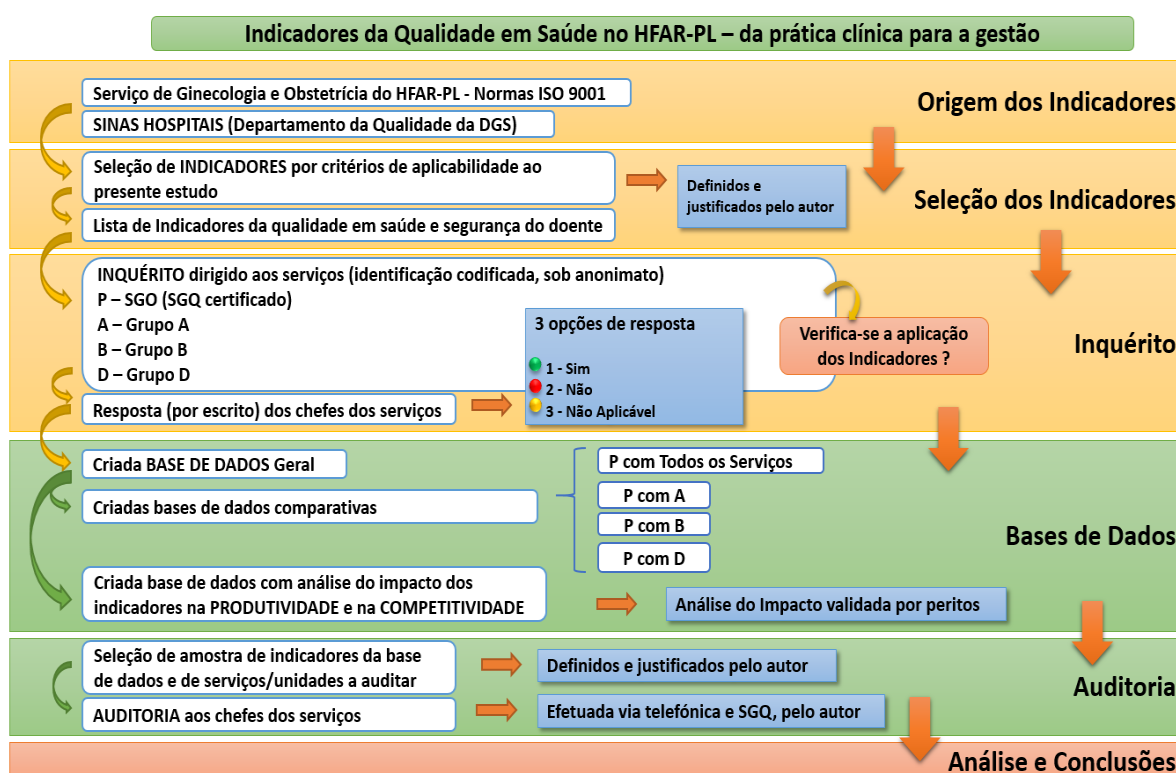


Figura 13 - Modelo de análise dos indicadores da qualidade em saúde

Fonte: (Autor, 2018)

Essa base contém as respostas por especialidades, às quais corresponde um código de A1 a P, correspondência essa apenas do conhecimento do autor. Faz-se exceção no anonimato para P, que significa “Padrão” e que corresponde ao SGO, por ser utilizado como elemento de referência. A opção pelo SGO como serviço Padrão (P) deve-se ao facto de possuir um SGQ certificado.

O questionário explorou 180 indicadores da qualidade em saúde e segurança do doente. Foram recolhidas 4100 respostas.

Os resultados obtidos deram origem ao gráfico seguinte (Figura 14).

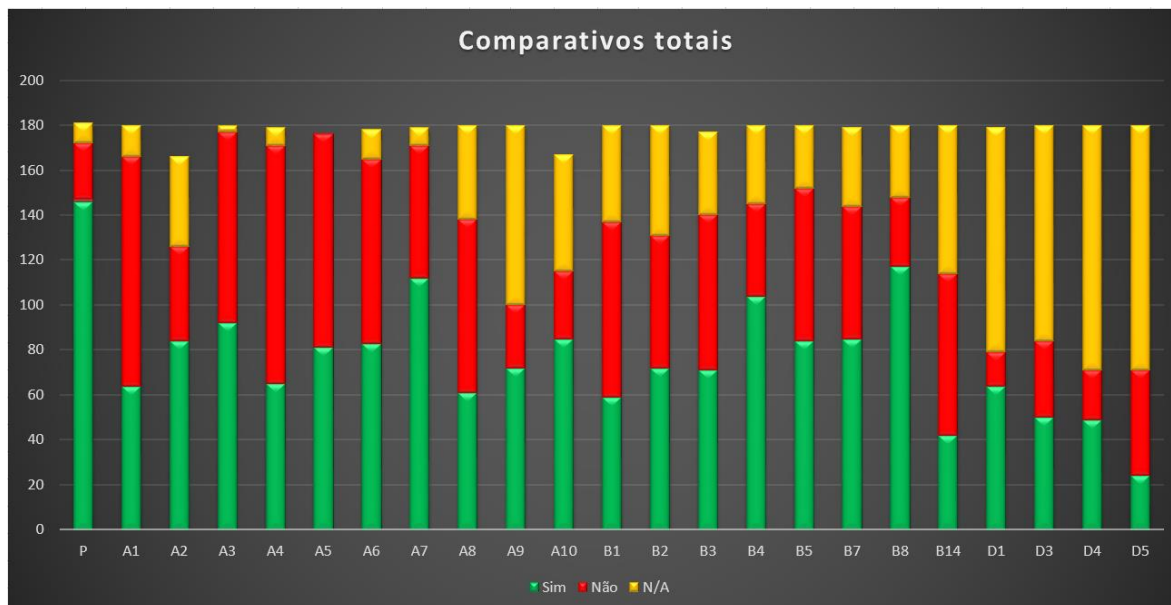


Figura 14 - Gráfico comparativo de P com todos os serviços

Fonte: (Autor, 2018)

- As colunas verdes correspondem às respostas afirmativas ao inquérito, o que significa que os respondedores assumem que os seus serviços cumprem com os indicadores e possuem evidências desse facto.

- As colunas vermelhas significam que os respondedores assumem que os seus serviços não cumprem com os indicadores ou não possuem evidências desse facto.

- As colunas amarelas significam que os respondedores consideram que os indicadores questionados não são aplicáveis à sua realidade.

Da leitura do gráfico constata-se que P cumpre a maior parte dos indicadores, o que está de acordo com o esperado (por ter um SGQ certificado), o que contrasta com a globalidade dos outros serviços. Um aspeto a salientar é que a maior parte dos indicadores utilizados não pertenciam aos grupo de indicadores do SGQ do serviço P, uma vez que foram retirados do referencial SINAS HOSPITAIS e que P nunca tinha testado. Essa é a razão pela qual existem colunas de cor vermelha e amarela em P.

No gráfico da figura 15 compara-se P com a média de todos os serviços respondedores em conjunto.

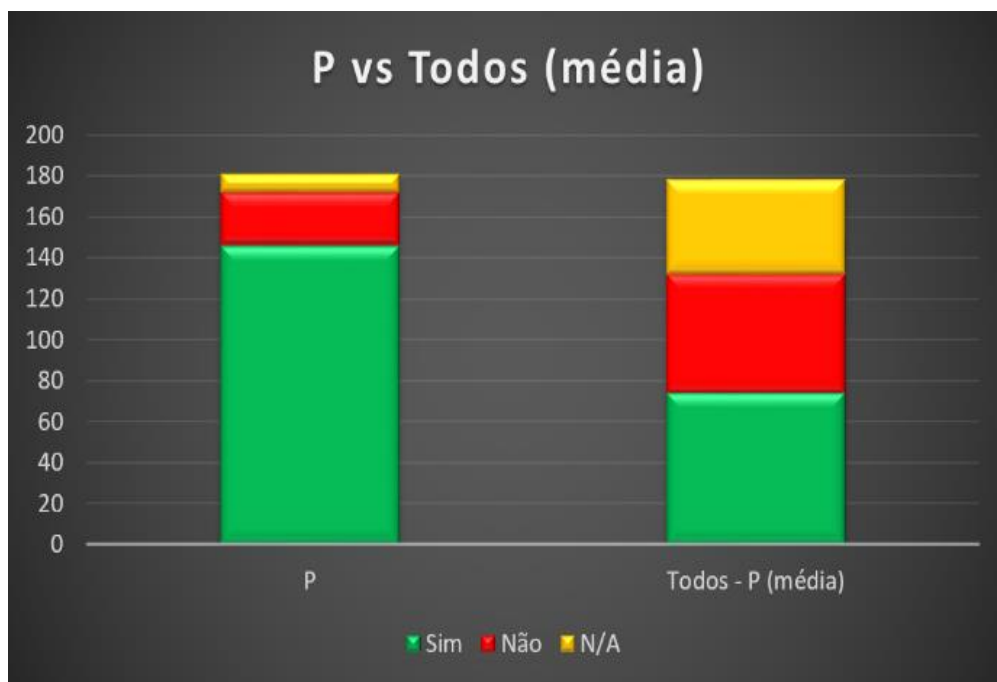


Figura 15 - Gráfico comparativo de P com a média de todos

Fonte: (Autor, 2018)

Separaram-se então os serviços por grupos, correspondendo cada grupo a um departamento diferente (médico, cirúrgico ou MCDT). A similitude clínica de P é maior com o grupo A e menor com o grupo D. Constata-se a predominância da coluna amarela em D em comparação com os restantes, o que está de acordo com a sua natureza clínica diferente e correspondente aplicabilidade de alguns indicadores. Em sentido inverso, o grupo A que tem maior similitude com P, expressa uma menor coluna amarela (ver gráficos da figura 16).

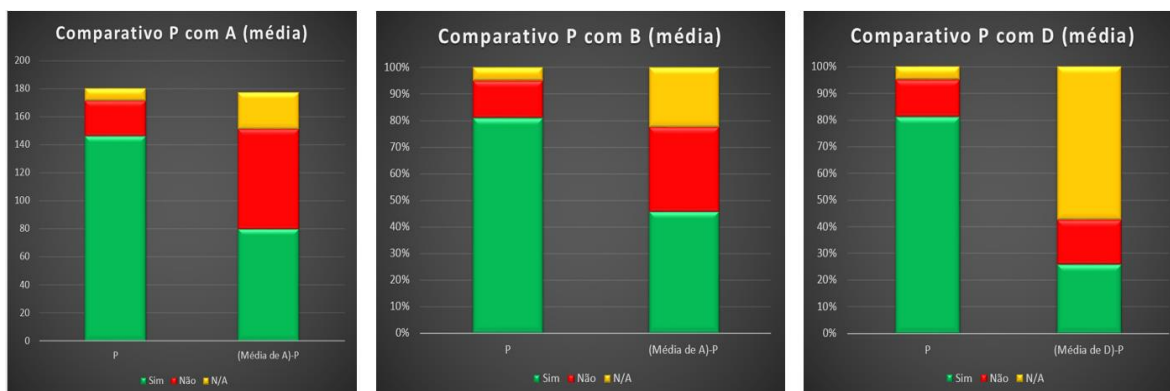


Figura 16 - Gráficos comparativos de P com a média de A, B e D

Fonte: (Autor, 2018)



No gráfico da figura 17 e no quadro da figura 18 podem ver-se a distribuição das respostas por percentagens:

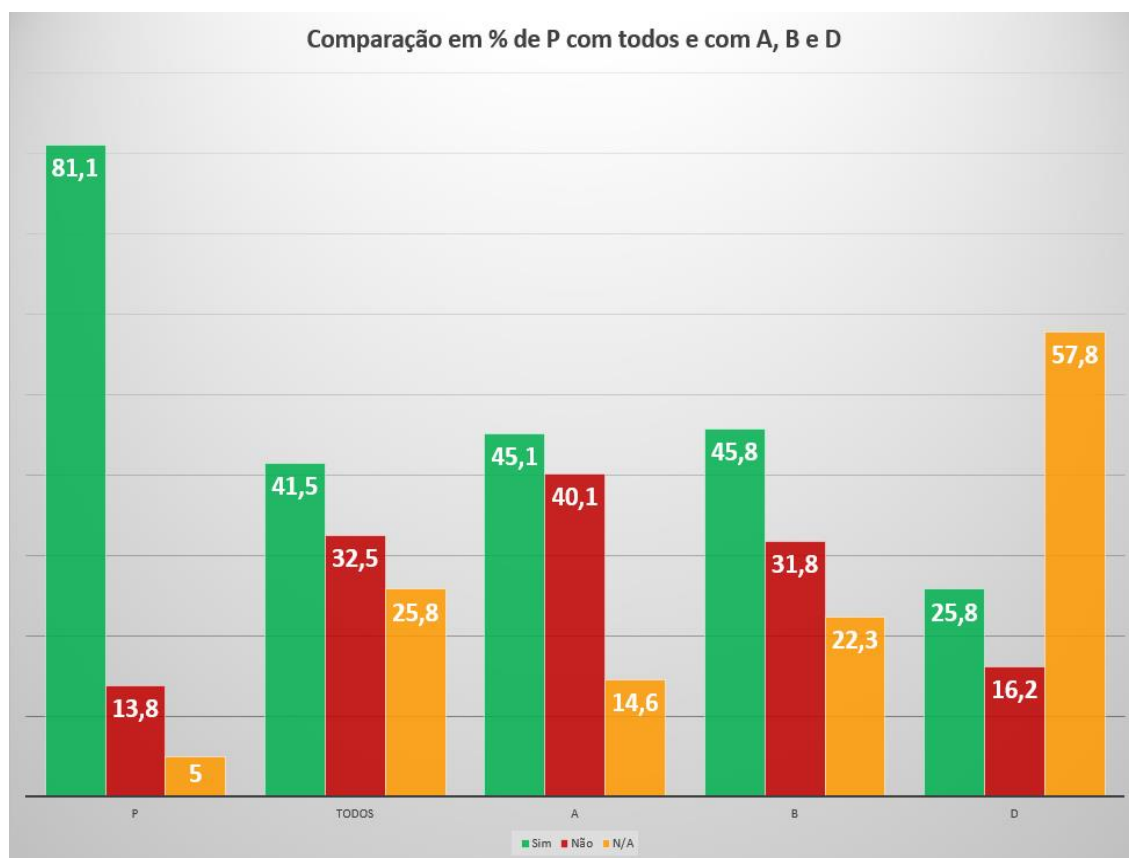


Figura 17 - Distribuição de respostas aos inquéritos por percentagens

Fonte: (Autor, 2018)

Serviços	Sim	Não	N/A	Total
P	81,1	13,8	5	99,9
Média de Todos	41,5	32,5	25,8	99,8
A	45,1	40,1	14,6	99,8
B	45,8	31,8	22,3	99,9
D	25,8	16,2	57,8	99,8

Figura 18 - Quadro com os valores em percentagem

Fonte: (Autor, 2018)

O passo seguinte consistiu em auditar as respostas afirmativas. A justificação desta auditoria reside na convicção de que as respostas dependem da compreensão da linguagem e dos conceitos da qualidade. Teriam sido os indicadores corretamente entendidos por parte dos respondedores? Deste modo foi selecionada uma amostra com dois tipos de indicadores:

1. Os indicadores-chave de cada grupo de indicadores;
2. Os indicadores que possam ter, no critério do autor, maior impacto na qualidade em saúde e segurança do doente.

Seguidamente foram escolhidos, para além de P, os dez serviços com mais respostas afirmativas e depois foram auditados todos (ver quadro com os indicadores auditados no Apêndice G e gráfico da figura 19).



Figura 19 - P e os dez serviços com mais respostas positivas

Fonte: (Autor, 2018)

O processo de auditoria foi efetuado pelo autor junto dos chefes dos serviços respetivos e decorreu, por via telefónica, entre os dias 22 e 26 de março de 2018. O serviço P foi auditado pelo autor através do SGQ do serviço. O gráfico da figura 20 ilustra os resultados.



Figura 20 - Resultado da auditoria aos dez serviços escolhidos (C – Confirmado; N/C – Não Confirmado)

Fonte: (Autor, 2018)

Após a auditoria efetuada verifica-se que as respostas positivas confirmadas por P é de 100%, e nos dez serviços selecionados apenas foram confirmadas 16,5% do total de respostas afirmativas. Este facto não significa que os chefes dos serviços respondedores tinham propositadamente fornecido respostas falsas. Significará apenas que, não estando familiarizados com a linguagem e conceitos da qualidade, entenderam erradamente o que lhes era solicitado. Teríamos tido o mesmo resultado se auditássemos os outros serviços? Provavelmente sim, mas esse não era já o objetivo desta fase do trabalho.

3.1. Produtividade e competitividade

Com base nos dados recolhidos nos inquéritos poder-se-á agora demonstrar que o cumprimento dos indicadores da qualidade em saúde e segurança do doente tem impacto na produtividade e na competitividade do HFAR?

Para responder a esta questão o autor selecionou da lista total de indicadores um conjunto de 70 que, com base na sua avaliação, eram suscetíveis de ter impacto na produtividade e na competitividade e sujeitou-os à validação por peritos. Solicitou a três dos peritos, que responderam às entrevistas exploratórias no início deste trabalho, que os



validassem. Cada perito pronunciou-se, confirmando ou infirmando a existência de impacto na produtividade e na competitividade, acerca de cada um dos indicadores apresentados.

Essa opinião está expressa nas matrizes no Apêndice H. O critério de aceitação ou rejeição do indicador acerca do impacto na produtividade ou competitividade, foi o de ser aceite como válido por todos os peritos. Qualquer critério que tenha sido considerado não válido ou não aplicável por pelo menos um dos peritos, foi excluído.

Resultante desta avaliação, os peritos selecionaram do grupo proposto de 70 indicadores, um conjunto de 47 com impacto na produtividade e 53 com impacto na competitividade, impacto esse que, dada a sua natureza, ocorre no sentido do aumento da produtividade e da melhoria da competitividade.

Na literatura publicada, a associação de resultados na produtividade e na competitividade através da qualidade é conhecida, sendo alvo de diversos estudos, os quais afirmam que as empresas que conseguem integrar qualidade têm maior competitividade (Costa, et al., 2011, p. 10), que a qualidade se assume como condição essencial de competitividade (Crato, 2010, p. 5), que o cerne da competitividade de uma organização depende de metodologias da qualidade como são a avaliação do desempenho em função dos objetivos planeados e determinados pela gestão de topo (Ferreira, 2015, p. 34), que a gestão da qualidade é uma “função estratégica orientada para alavancar os níveis de competitividade das organizações” (Polycarpo, 2011, p. 15) e até que se podem aplicar instrumentos como a filosofia *Kaizen* para aumentar a produtividade das empresas e obter vantagem competitiva excecional (Silveira, 2011, p. 16), (Líbano, 2012, p. 7).

O estudo presente permite porém afirmar que, partindo da implementação de boas práticas em saúde, se podem obter ganhos de produtividade e de competitividade, quer através da opinião dos peritos como atrás foi referido, quer através da análise explicativa de alguns destes indicadores, como por exemplo:

- *Cirurgia adiada no dia do internamento ou após o mesmo.*

O adiamento de uma cirurgia eletiva tardiamente, tem implicações organizacionais, financeiras, gastos irrecuperáveis, gastos com a evolução da doença, repetição de gastos necessários para nova intervenção, impacto negativo na imagem da instituição, desmotivação nas equipas, sofrimento evitável, etc., conforme se encontra esquematizado na figura 21. Os SGQ monitorizam e possuem instrumentos que permitem eliminar os cancelamentos evitáveis, contribuindo assim para aumentar a produtividade e a competitividade hospitalares.

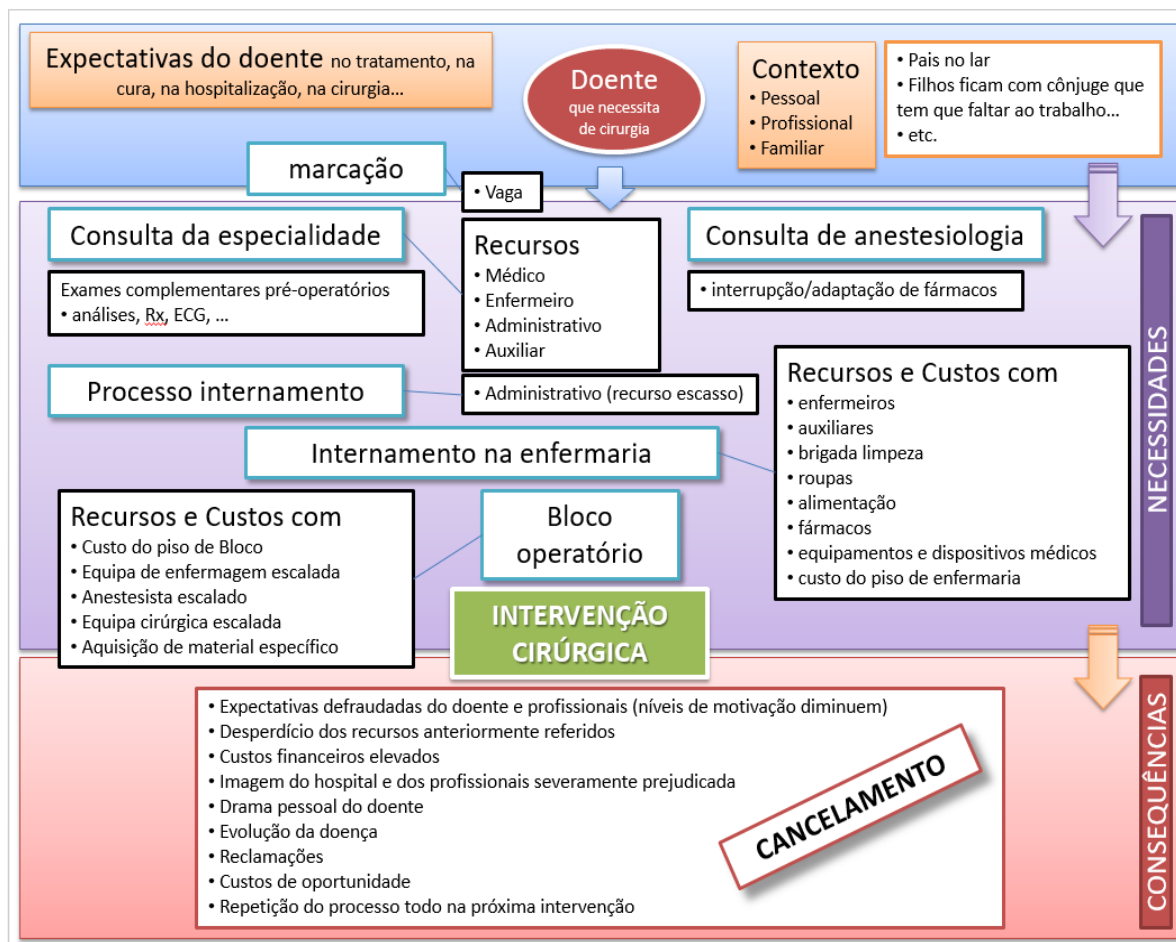


Figura 21 - Implicações organizacionais e consequências do adiamento cirúrgico tardio

Fonte: (Autor, 2016)

- Lesões acidentais de órgãos durante a cirurgia.

São conhecidos da prática cirúrgica os relatos de queimaduras não intencionais e não identificadas durante a cirurgia endoscópica, quando por exemplo o som do pedal da eletrocoagulação que o cirurgião controla, está desligado ou inaudível, sendo o elétrodo ativado inadvertidamente pelo pé do cirurgião ou do instrumentista. Estas lesões podem causar complicações cirúrgicas imediatas ou tardias, que obrigam a reavaliações clínicas, exames complementares não programados ou até reintervenções cirúrgicas. Não será difícil compreender o impacto desta situação na produtividade, com a realização de despesas não programadas inicialmente, assim como o impacto na competitividade, quando se torna pública esta ocorrência. Os SGQ possuem instrumentos para monitorizar estas situações e para implementar medidas eficazes de segurança, de natureza controlada.

- Erros na administração de drogas.

Este assunto é de tal relevância, que a indústria disponibiliza soluções para o problema (Wolters Kluwer, 2017) e o sítio da OMS referente à segurança do doente (WHO, 2018)



menção a um custo estimado de 42 biliões de dólares americanos anualmente, com erros de medicação. Estes erros têm impacto evidente na produtividade e na competitividade. Os SGQ possuem instrumentos organizacionais para monitorizar estas situações de forma eficaz e para implementar medidas de controlo.

- *Quedas acidentais de doentes.*

As quedas constituem, juntamente com queimaduras, úlceras de pressão e outras lesões, 27,7% dos eventos adversos em hospitais portugueses, de acordo com um importante estudo da Escola Nacional de Saúde Pública (Sousa, et al., 2011, p. 21). As consequências das quedas para os doentes são variadas, desde fraturas que implicam a prestação de cuidados inicialmente não previstos, prolongamento dos internamentos, custos com contencioso, etc. Salienta-se porém que, no mesmo estudo, se verificou que a proporção de eventos adversos evitáveis foi de 53,2%, existindo por isso uma grande margem de manobra onde os SGQ podem intervir.

- *Infeção cirúrgica (infeção do local cirúrgico).*

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem uma das principais preocupações das organizações de saúde no mundo inteiro. A infeção do local cirúrgico (ILC) em particular, é uma das IACS mais frequentes, calculando-se num estudo de 2005 (Hernandez, et al., 2005, p. 473) só nos Estados Unidos da América cerca de 500 000 episódios anuais, representando um prolongamento de dias de internamento na ordem dos 3,7 milhões e correspondendo a mais de 1,6 milhões de dólares de custos hospitalares extra. As IACS aumentam a mortalidade e a morbilidade dos doentes e expõem o pessoal hospitalar a risco de infeção, estimando-se num estudo de 2001, que um hospital consegue ganhar 4,6 dólares americanos por cada dólar investido na prevenção das IACS (Khan & Celik, 2001, pp. 49,53). Os estudos publicados são consensuais na associação entre resistência a antibióticos e resultados adversos, na ordem das 1,3 a 2 vezes maior mortalidade, morbilidade e custos, com os doentes com resistência antibiótica *versus* infeções suscetíveis (Cosgrove & Carmeli, 2003, p. 1435), havendo ganhos significativos em saúde e económicos ao investir na redução, quer das multirresistências a antimicrobianos, quer das IACS (Roberts, et al., 2009, p. 1182). Em Portugal, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) (DGS, 2017) pelo Despacho nº 2902/2013 de 22 de fevereiro, publicado no DR, 2ª série, nº 38, de 22 de fevereiro de 2013, porque o nosso país é um dos da União Europeia com uma das mais elevadas taxas de IACS, devido à nossa prática de prescrição antibiótica apresentar distorções passíveis de correção



e devido à nossa taxa de resistência aos antimicrobianos ser preocupante (AR, 2013, pp. 34563-34565). O relatório do PPCIRA de 2017 aponta para uma prevalência em Portugal de 10,5% de infeção adquirida em internamento num estudo de 2012 à escala europeia, indicando alguns estudos mais recentes de 2017, um valor de 7,8%. O mesmo relatório aponta, no ano de 2016, para uma taxa de incidência de ILC de 17,9% para o colon e recto, de 2,5% para a cirurgia biliar, de 1,8% para a prótese da anca e de 1,6% para a prótese do joelho (DGS, 2017, pp. 7-8). O impacto das IACS e da resistência aos antimicrobianos na produtividade e na competitividade hospitalar é por demais evidente e suportada universalmente pela literatura científica. Como refere Hernandez, et al. (2005, p. 476), “os programas de controlo da infeção hospitalar são um componente essencial da qualidade dos serviços de saúde”².

- Formação. Possui um plano de formação.

A existência de um plano regular, no qual se planeie antecipadamente a frequência de ações de formação, permite organizar a prestação de cuidados no serviço, tais como planear períodos de ausência dos profissionais e adquirir competências de forma refletida. É necessário ter em conta a orientação estratégica do serviço (o serviço pode ter interesse em desenvolver uma área diferente) e a capacidade instalada no hospital. A não existência de um plano de formação idealmente anual (a razão prende-se ao facto de o ciclo de cursos, congressos e *workshops* ser habitualmente anual) leva a que inopinadamente os profissionais declarem interesse numa determinada ação de formação. Pode até acontecer que o façam simultaneamente. Como gerir então as suas ausências em termos de consultas já agendadas? E de lista de espera cirúrgica? Haverá muitos exemplos práticos do benefício em construir um plano de formação anual nos serviços. Considera-se pois haver impacto na produtividade, porque um plano permite capacitar, de forma planeada, pessoas que vão fazer melhor com menos erros aquilo que o serviço precisa que seja feito e haver impacto na competitividade porque uma melhor organização gera melhor imagem junto dos doentes e junto dos profissionais de outras instituições.

Poder-se-ia explicar o impacto de todos estes indicadores na produtividade e na competitividade, seguindo o mesmo tipo de raciocínio. Este é um raciocínio intimamente ligado à cultura da qualidade e, quando esta cultura não existe, há pouco a esperar da implementação de mudanças nos comportamentos. Contudo, quando esta cultura é

² Tradução do autor



implementada, associa-se valor ao trabalho dos profissionais e gera-se confiança, o que permite ser atrativo quer para os doentes quer para os profissionais.

3.2. Síntese conclusiva

Neste capítulo é apresentado um estudo baseado num questionário com 180 indicadores da qualidade em saúde e segurança do doente, respondido pelos chefes de 23 serviços do HFAR-PL, incluindo um serviço “Padrão”, designado por P, e correspondendo ao SGO. Verificou-se que P cumpre a maioria dos indicadores, tal como seria de esperar em função de ter um SGQ certificado, o que contrasta com a globalidade dos outros serviços. Ao efetuar a comparação por grupos de serviços clinicamente mais próximos ou mais distantes, verificou-se também que a coluna dos indicadores respondidos como “não aplicável” ocorria nos clinicamente mais distantes, o que confirma a coerência grupal esperada. Para testar a compreensão da linguagem e dos conceitos da qualidade junto das especialidades, foram auditados os dez serviços mais respondedores afirmativamente. Decorreu desta auditoria que a percentagem de confirmação às respostas positivas foi de 100% para P (através do seu SGQ) e de 16,5%, em média, para os outros serviços auditados, o que suporta a tese de que não foram compreendidos os conceitos ou a linguagem veiculados nas questões, porque estas eram contextualizadas numa cultura da qualidade. Considera-se pois, que caso tivessem sido compreendidos, a diferença de respostas afirmativas entre P e os outros, seria consequentemente maior.

Outro tipo de análise dos indicadores foi efetuada em função do seu impacto na produtividade e competitividade hospitalares. Foram validados por peritos, de uma lista inicial de 70 indicadores selecionados pelo autor, um conjunto de 47 indicadores com impacto na produtividade e 53 indicadores com impacto na competitividade. Conjuntamente com uma análise explicativa de alguns destes indicadores que foram usados como exemplo, pode concluir-se que a implementação de práticas de qualidade em saúde e segurança do doente têm impacto, de tendência favorável, na produtividade e na competitividade hospitalares.

Considerando o conjunto da análise efetuada neste capítulo, pode concluir-se que a cultura de boas práticas de qualidade em saúde é maior em serviços com um SGQ e que essa cultura tem tradução na melhoria da produtividade e competitividade hospitalares. Esta cultura de boas práticas pode tornar o HFAR mais seguro e confiável para os doentes e gerar



valor para os profissionais, que aprendem como trabalhar de forma mais eficiente, eficaz e onde o erro é mitigado. Consideram-se assim respondidas as QD2 e QD3 e validadas as HIP2 e HIP3.



4. A cultura da qualidade e o HFAR

4.1. Definir cultura

Segundo o dicionário publicado pela Academia das Ciências de Lisboa, cultura pode ser definida como um “conjunto de costumes, práticas, comportamentos ..., que são adquiridos e transmitidos socialmente, de geração em geração” ou ainda “este todo complexo que inclui conhecimento, crença, arte, leis, moral, costumes, e quaisquer outras capacidades e hábitos adquiridos pelo homem enquanto membro da sociedade” [Tylor, citado por Velho (1978)].

Nas múltiplas definições de cultura salienta-se, nas que aqui transcrevemos, que a mesma é encarada como um processo adquirido e que está relacionada com práticas, comportamentos, costumes e conceitos.

4.2. A cultura portuguesa

Uma das formas de definir a cultura portuguesa poderá ser através do modelo de seis dimensões de Hofstede. Este autor assume os valores como as variáveis que mais bem caracterizam as culturas nacionais e define-os nas seguintes dimensões: distância ao poder; individualismo *versus* coletivismo; masculinidade *versus* feminilidade; controlo da incerteza; orientação a longo prazo *versus* orientação a curto prazo; indulgência *versus* restrição (Hofstede, 2011, p. 8).

- Distância ao poder: significa até que ponto os membros de uma sociedade aceitam a distribuição desigual de poder;

- Individualismo *versus* coletivismo: relaciona o nível de integração dos indivíduos nos grupos primários;

- Masculinidade *versus* feminilidade: compara comportamentos como competitividade, agressividade, relações humanas, dedicação, solidariedade ou criatividade;

- Controlo da incerteza: relaciona o nível de desconforto numa sociedade face à incerteza do futuro e à ambiguidade;

- Orientação a longo prazo *versus* orientação a curto prazo: relaciona a escolha do foco do esforço das pessoas em função do passado, presente e futuro;

- Indulgência *versus* restrição: relaciona a gratificação *versus* o controlo das necessidades básicas do indivíduo em função da satisfação da qualidade de vida.



A cultura portuguesa surge então representada no gráfico seguinte no sítio *Hofstede Insights* (Hofstede, 2018):

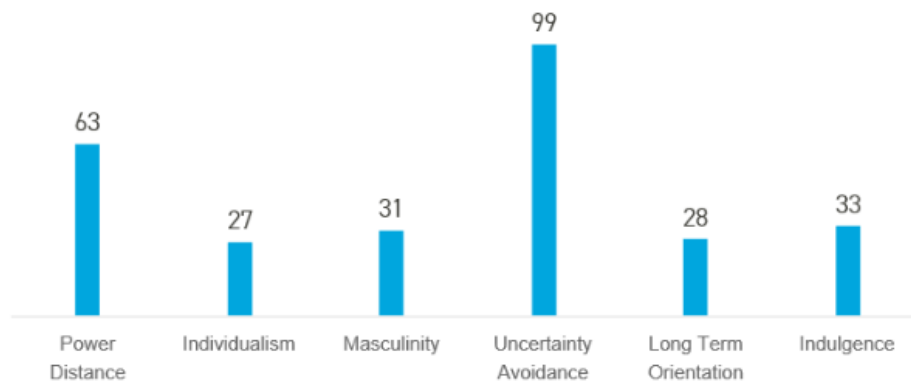


Figura 22 - a cultura portuguesa segundo o modelo de Hofstede

Fonte: (Hofstede, 2018)

Interpretação:

- Distância ao poder: é aceite. Aqueles que detêm posições mais poderosas podem ter privilégios em função da sua posição. O chefe requer informações dos seus subordinados e estes esperam que ele os controle. O *feedback* negativo é muito angustiante e por isso, para o funcionário, é muito difícil reportar informações negativas ao seu chefe. Este necessita portanto de estar consciente dessa dificuldade e estar atento aos pequenos sinais, para descobrir os problemas reais.

- Individualismo *versus* coletivismo: Portugal é coletivista. A sociedade portuguesa promove relacionamentos fortes, onde todos assumem a responsabilidade pelos outros membros do grupo. Os relacionamentos entre empregador e empregado são percebidos em termos morais (como um elo familiar).

- Masculinidade *versus* feminilidade: Portugal surge aqui como um país “feminino” onde a palavra-chave é o consenso. Nem a polarização é bem considerada, nem a competitividade excessiva é apreciada. Nos países “femininos”, o foco é “trabalhar para viver”, os gestores lutam por consenso, as pessoas valorizam a igualdade, a solidariedade e a qualidade nas suas vidas profissionais. Os conflitos são resolvidos por compromisso e negociação. Incentivos como o tempo livre e a flexibilidade são favorecidos. O foco está no



bem-estar. O *status* não é evidenciado. Um gerente eficaz é o que sabe apoiar e a tomada de decisões é alcançada através do envolvimento.

- Controlo da incerteza: Portugal tem uma preferência muito alta para evitar a incerteza. Países assim mantêm códigos rígidos de crença e comportamento e são intolerantes com ideias e comportamentos pouco ortodoxos. Nestas culturas há uma necessidade emocional de regras (mesmo que as regras nunca funcionem). Existe a ideia de que “tempo é dinheiro”. As pessoas têm uma necessidade interior de estar ocupadas e de trabalharem afincadamente. A precisão e a pontualidade são a norma. Pode existir resistência à inovação e a segurança é um elemento importante na motivação individual.

- Orientação a longo prazo *versus* orientação a curto prazo: a cultura portuguesa prefere o pensamento normativo ao pragmático. As pessoas, nestas sociedades, têm uma forte preocupação em estabelecer uma verdade absoluta; são normativas no seu pensamento. Demonstram grande respeito pelas tradições, uma propensão relativamente pequena para economizar para o futuro e um foco na obtenção de resultados rápidos.

- Indulgência *versus* restrição: Sociedades com baixa pontuação nesta dimensão tendem ao cinismo e ao pessimismo. As sociedades ditas restritas não enfatizam muito o tempo de lazer e controlam a satisfação dos seus desejos. As pessoas com esta orientação têm a perceção de que as suas ações são restringidas por normas sociais e acham que permitirem-se algo a si próprias, está de certa forma errado.

Vários autores consideram contudo que o trabalho de Hofstede tem limitações, mas também que nos ajuda a compreender diferenças e semelhanças culturais. Assim, surgiu também na década de 1990 o denominado Projeto GLOBE - *Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness Research*, o qual viria a chegar a nove dimensões de cultura: aversão à incerteza, distância ao poder, coletivismo social, coletivismo do endogrupo, igualdade de género, assertividade, orientação para o futuro, orientação para resultados e orientação humana (Vieira & Sousa, 2015, p. 23).

Lopes (2009-2010, p. 21) define a cultura portuguesa como sendo fortemente adaptativa, salientando como pontos fortes a apetência para o imprevisto e a criatividade individual, uma aprendizagem profissional relativamente rápida, acentuado sentido de pequeno grupo de entreajuda permitindo constituir equipa com alguma facilidade e um “desenrascanso” em situações de autogestão clandestina (“diz-se uma coisa e faz-se outra, porventura melhor”) e como pontos fracos a “baixa capacidade para a planificação e a



elaboração amadurecida de processos eficientes (baixo sentido de organização), associada a um sentido grupal mas que poucas vezes se reflete em sentido verdadeiramente de equipa”.

4.3. A cultura organizacional de um hospital militar em Portugal

A cultura organizacional foi já descrita como sendo talvez o conceito referente às organizações mais difícil de definir (Scott, et al., 2003, p. 112), existindo na literatura bem mais de 100 dimensões associadas, identificadas com a cultura organizacional (Jung, et al., 2009, p. 1087). No que respeita à saúde, é global um interesse crescente em efetuar mudanças na cultura organizacional, com o objetivo de implementar melhorias nos cuidados de saúde. Porém, não é consensual a associação entre a mudança cultural e a mudança de comportamentos pois é necessário tomar em conta muitos fatores. No caso presente, o do HFAR, contextualizado na cultura nacional, na sua natureza militar e onde diferentes culturas coexistem, é de facto um desafio orientá-las sinergicamente.

Outra dimensão a considerar é a da comunicação intercultural. Edward T. Hall (1993) defendeu que “a cultura é comunicação e nenhuma comunicação entre humanos pode ser desligada da cultura” (Vieira & Sousa, 2015, p. 18). Por isso, num diálogo intercultural como o que ocorre num hospital, é obrigatório compreender esta temática, já que estão presentes diferentes níveis de cultura e diferentes contextos de comunicação intercultural.

Identifiquemos a natureza cultural do HFAR, enquanto organização militar, através da uniformização como valor central que é parte integral da cultura militar, da sua experiência própria, valores, linguagens, símbolos e códigos de conduta, assim como a valorização do treino contínuo, disponibilidade permanente, responsabilização, obediência, disciplina, auto-sacrifício, confiança e coragem (Redmond, et al., 2014, p. 14).

“O HFAR deveria ser o paradigma dos hospitais portugueses porque tem que conjugar a natureza hierárquica da instituição militar com a cultura de serviço hospitalar em geral e com a cultura de rigor da qualidade” (Lopes, 2018).

Assumindo-se então, e citando Backstrom, et al., (2016, p. 688), que “uma cultura organizacional é uma estrutura de valores partilhados e que os valores comuns são o cerne das culturas”³, neste caso das culturas organizacionais, acrescentamos que Lopes (2018) afirma que “existem num hospital quatro culturas em perfeito confronto, numa perspetiva, mais do que de multiculturalidade, de culturas paradoxais. Essas são a cultura do curar, a cultura do cuidar, a cultura da gestão e a cultura introduzida pelo doente e pelos seus

³ Tradução do autor



familiares. Esta última cultura choca com qualquer uma das três outras, as quais, por sua vez se encontram em confronto. A cultura do tratar e a cultura do cuidar centram-se ambas no doente: a primeira com uma perspectiva mais positivista e a segunda numa abordagem mais holística. A cultura gestonária, pelo seu lado, enquadra as profissões e os meios que tem de gerir.”

Ao introduzirmos então a cultura da qualidade dentro do espaço hospitalar, vem agregado um outro universo de valores. Um estudo que se debruça sobre valores e comportamentos da cultura da qualidade chega a reunir 24 valores e 67 comportamentos diferentes (Backstrom, et al., 2016, pp. 692-693), mas afirma também que muitas organizações falham na implementação da cultura da qualidade porque procuram obter com isso competitividade e produtividade, focando-se nos processos e nas ferramentas da qualidade ao invés de se centrarem na questão cultural. Outra reflexão a deixar aqui presente é que “práticas transpostas, sem adaptação cultural, equivalem a espécies exóticas que se transformam, habitualmente em predadoras do melhor que uma cultura local possui” (Lopes, 2009-2010, p. 7).

Voltando aos valores da qualidade, refere-se que a ISO reúne sete valores ou princípios da qualidade: o foco no cliente, a liderança, o comprometimento das pessoas, a abordagem por processos, a melhoria, a tomada de decisão baseada em evidências e a gestão das relações (ISO, 2015, p. 8), e atribui especial relevo às duas primeiras: o foco no cliente e a liderança. Lopes (2018) também realça estes dois princípios e elege o foco no cliente como “o princípio organizador que leva à qualidade” mencionando que os outros princípios decorrem deste. Mas, porém, “quando o cliente não tem condições para ser cliente porque se encontra em situação de fragilidade, que é o que se passa com um doente, ele elege a liderança como princípio organizador da qualidade”. Acontece, contudo, que a problemática da liderança é extremamente complexa e se confunde muitas vezes com a gestão, “porque se entende que a liderança hospitalar vai nascer da gestão.” E prossegue: “Mesmo que seja entregue a um enfermeiro, a um médico ou a um político, ele assume a cultura da gestão e lidera como alguém que impõe os critérios da gestão aos restantes. Ora a liderança não é isto.”

Então o que é liderança? Podemos defini-la como “um processo de influência social para alcançar objetivos partilhados”, mas devemos também ter presente que existem mais de dois milhões de livros e de artigos sobre o tema da liderança, sem contudo se ter encontrado a resposta para muitas questões acerca deste assunto (Finuras, 2018, pp. 9, 140). Assim, se



por um lado não cabe desenvolver este tema no presente trabalho, também seria um erro grave não salientar aqui a sua importância.

Em resumo, se considerarmos a possibilidade de implementar a cultura da qualidade no HFAR há que ter em consideração que se trata de um hospital de natureza militar, no qual convivem as referidas quatro culturas, mais as culturas organizacionais que cada profissional trouxe de cada hospital do Ramo onde esteve até recentemente: os antigos hospitais da Força Aérea, da Marinha e do Exército.

E porque, na situação presente, os profissionais de saúde aprendem a viver uma nova realidade que, mais do que a soma das três anteriores, se tenta afirmar com uma identidade própria, esta poderá ser uma oportunidade para se implementar a qualidade neste hospital.

4.4. A cultura da qualidade em saúde e a cultura de segurança do doente

Muito embora fossem já conhecidos os eventos adversos associados aos cuidados de saúde, os relatórios *To Err Is Human* (Corrigan, et al., 1999) nos Estados Unidos e *An organization with a memory* (Donaldson, et al., 2000) no Reino Unido, vieram alertar para a sua real dimensão. O impacto foi tal que viria a resultar, do 55º encontro da OMS (a *World Health Assembly* de 2002) o programa nascido em 2004 e denominado *World Alliance for Patient Safety*.

A partir de então, uma corrente internacional sobre a segurança do doente, fazendo parte da cultura da qualidade, tem sido cada vez maior e mais visível. A segurança do doente é assim um componente essencial da qualidade nos serviços de saúde e é definida como “a prevenção do dano no doente durante a prestação de serviços de saúde”⁴ (Ghahramanian, et al., 2017, p. 168), tendo a OMS criado um sítio na internet dedicado em exclusivo à segurança do doente e à qualidade em saúde. Foram também escritos livros como *Why Hospitals Should Fly* (Nance, 2009) e inúmeros artigos a este respeito, onde se promove a comparação da cultura de segurança na saúde com a da indústria da aviação e do nuclear, ambas muito mais seguras.

Este tema leva-nos também a definir cultura de segurança de uma organização, como sendo “o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o comprometimento, a metodologia e a proficiência da organização. Organizações com uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por comunicações baseadas na confiança mútua, em perceções partilhadas

⁴ Tradução do autor



a respeito da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas”⁵ (MHSR, 2014, p. 141).

Compreender a cultura de segurança é importante ao abordar o tema deste trabalho. É importante ter presente que se trata de um fenómeno complexo, podendo identificar-se sete subculturas a ela associadas: liderança, trabalho de equipa, decisão baseada na evidência, comunicação, aprendizagem, reconhecimento do erro e foco no doente (Sammer, et al., 2010, pp. 156-157).

Estas subculturas estão intimamente ligadas aos princípios e valores da qualidade que atrás referimos, uma vez que se trata de uma só cultura, de uma só linguagem.

4.4.1. A arte médica e a cultura da qualidade

“A medicina hoje tornou-se uma profissão cuja única finalidade é cuidar de pessoas no meio de uma sociedade que não está interessada nas pessoas.” (Souza, et al., 2012, p. 187)

Porque razão se chama aqui a arte médica, a um trabalho que se centra na interação da qualidade em saúde hospitalar, através da aplicação de indicadores de boas práticas?

Em primeiro lugar, porque sabemos que a cultura da qualidade veicula valores. Será a medicina capaz de conviver com esses valores?

Por outro lado, este trabalho também se debruça sobre a produtividade e a competitividade, que são conceitos da gestão. Alguns autores referem mesmo que, no que chamam de “radiografia da pós-modernidade”, podemos identificar uma época que está além de qualquer ideologia, onde “o que importa é o ter, o aqui, o agora e o quadrimotor: ciência – técnica – indústria – lucro.” (Souza, et al., 2012, p. 182)

Então, parece fazer sentido abordar a natureza da medicina, uma vez que sem medicina nunca poderíamos estar a falar de qualidade em saúde. E iremos fazê-lo, falando da medicina como *arte*.

“A medicina é uma profissão que incorpora a ciência e o método científico à arte de ser médico” (Bedrikow & Campos, 2011, p. 611). A medicina é uma “profissão que há muito é definida como ciência e arte de curar” (Caprara, et al., 1999, p. 648). “A medicina é ciência e arte em harmonia proporcional” (Blasco, 2012, p. 9).

⁵ Tradução do autor



A arte de tratar o ser humano doente, ou seja, a medicina como arte, é originária da escola de Cós com Hipócrates (460-377 a.C.), considerado o fundador da medicina racional, sendo a medicina, enquanto ciência, a partir do século XVIII e ensinada nas escolas médicas do ocidente, identificada mais com o grupo de Cnido (Bedrikow & Campos, 2011, p. 613).

Esta abordagem da medicina enquanto arte caracteriza-a como de natureza holística, a qual compreende o doente como pessoa no seu todo e com toda a sua envolvente, sendo a arte de cuidar extremamente complexa e dependendo de muitas variáveis e sendo dever do médico zelar por obter a simbiose entre ciência e humanismo. “Ser médico é, antes de tudo, equilíbrio de forças que legitimam essa função e que são a razão da existência da medicina. Uma harmonia proporcional de ciência e arte, em pesos equivalentes.” (Blasco, 2012, p. 10). Esta visão do médico e da medicina, compatibilizante de dois métodos, um com ênfase na doença e outro dirigido aos significados, afetos e singularidades de cada pessoa, levam Bedrikow & Campos (2011, p. 613), citando Crookshank, a referir que “os melhores médicos em qualquer época, equilibraram os dois métodos”.

Esta dimensão da medicina conduz-nos também, inevitavelmente, para a relação médico-doente; relação tão essencial, que a Ordem dos Médicos de Portugal apoiou recentemente uma iniciativa da Ordem dos Médicos de Espanha para que a relação médico-doente seja elevada a Património Cultural Imaterial da Humanidade pela UNESCO (Maia, 2017).

Olhando agora para a medicina não apenas como ciência mas também como arte, onde se situará a cultura da qualidade? Implementar programas baseados em filosofia Kaizen ou Lean, também elas com cultura própria em função de comportamentos muito objetivos, focadas nos processos e extremamente disciplinadas (Mann, 2005, p. 5) poderão harmonizar-se com a medicina? Ou será que valores da qualidade, tais como o foco no doente ou a liderança serão mais compatíveis com a cultura da medicina enquanto arte?

São questões cuja resposta poderá determinar o sucesso ou insucesso na aplicação de sistemas da qualidade a serviços de saúde. Os programas ou SGQ não necessariamente terão que ser aplicados ao hospital como um todo; poderão sê-lo parcialmente. Como também poderão aplicar-se ferramentas *Lean* ou *Kaizen*, por exemplo, a áreas como o bloco operatório (Líbano, 2012). Exemplos como o do SGO demonstram que os SGQ se podem aplicar com sucesso, a um serviço isolado do HFAR. Apesar do processo de fusão hospitalar, este serviço manteve o seu SGQ certificado e manteve uma cultura da qualidade instalada, funcional e madura, comprovando-se por isso ser possível a implementação de sistemas da

qualidade no HFAR. De que forma se poderá ampliar esta experiência a outros serviços é uma questão que se deixará para responder em futuros trabalhos. Contudo, parece ser incontornável que tais soluções passem por investir na capacitação em liderança (Lopes, 2018), (Sammer, et al., 2010, pp. 156-157) e em cumprir eficazmente um plano de formação em qualidade dirigido aos profissionais do HFAR e à gestão de topo. Na figura 21 ilustra-se a articulação intercultural no HFAR com o SGQ do SGO, interpretada pelos indicadores da qualidade em saúde, aplicando o ciclo PDCA da qualidade.



Figura 23 - A cultura da qualidade no contexto do HFAR

Fonte: (Autor, 2018)

4.5. Síntese conclusiva

Existem múltiplas definições de cultura, sendo esta encarada por muitos autores como um processo adquirido e veiculando valores, práticas, comportamentos, costumes e conceitos. Também se conhecem diversos tipos de cultura, os quais interagem no mesmo tempo e no mesmo espaço. Caracterizemos a cultura nacional portuguesa. Poderemos fazê-lo recorrendo ao modelo de Hofstede ou a outras fontes. Assim, a nossa cultura nacional poderá ser definida como de grande distância ao poder, coletivista, “feminina”, com grande evicção da incerteza, orientada para o curto prazo e restrita. Também pode ser definida como



fortemente adaptativa, com forte tendência para o imprevisto e para a criatividade individual, com baixa capacidade para planear e com pouco sentido de organização.

Caracterizemos então, dentro da cultura nacional, a cultura organizacional do HFAR. Esta cultura, hospitalar, é um espaço onde interagem várias culturas diferentes e quiçá antagónicas: a cultura do curar, do cuidar, da gestão e a cultura do doente e da sua família. A estas juntam-se ainda a cultura militar e, no caso em estudo, a cultura da qualidade e da segurança do doente.

É assim evidente o desafio multicultural, ou até de culturas paradoxais, que enfrenta quem pretenda compreender esta temática, onde se interrelacionam valores essenciais e por vezes complexos como o foco no doente e a liderança e onde interagem diferentes contextos de comunicação intercultural.

Resta incluir neste “caldo cultural” a arte médica. A razão de tal facto deve-se à necessidade de interligar a medicina entendida como arte desde a antiguidade e fazendo parte integrante da cultura médica, com as solicitações da qualidade enquanto ferramenta organizacional contendo práticas, conceitos e comportamentos passíveis de se identificar mais com a esfera da medicina enquanto ciência. E, para além disso, coexistindo com a medicina enquanto ciência, também poderá haver espaço para filosofias mais disciplinadas, com a filosofia *Lean* ou *Kaizen* (Líbano, 2012).

Uma vez que o SGO mantém o seu SGQ funcional, maduro e certificado, considera-se respondida a QD1 e validada a HIP1.

“A Medicina é uma ciência de incerteza e uma arte de probabilidade”

Sir William Osler⁶

⁶ Médico, professor, educador e humanista canadiano (1849-1919)



Conclusões

O tema da cultura da qualidade na realidade das Forças Armadas em Portugal é aqui abordado no âmbito da saúde militar, mais especificamente da saúde hospitalar e no HFAR em particular, enquanto hospital militar único em Portugal.

A qualidade em saúde é um tema da atualidade. Por iniciativa de diversas organizações nacionais e internacionais, onde se incluem, entre outras, a OMS, a OCDE e a DGS, está a ser concretizado um esforço muito significativo para implementar medidas promotoras de uma cultura da qualidade em saúde em Portugal. Este esforço deve-se ao facto de tais medidas garantirem comprovadamente uma redução muito expressiva de custos económicos e financeiros com cuidados de saúde, ao mesmo tempo que são obtidos importantes ganhos clínicos.

O HFAR foi alvo, com a fusão dos anteriores hospitais da Força Aérea, Exército e Marinha, de um decréscimo da sua produção assistencial, viu substancialmente reduzidos os seus recursos humanos e foi confrontado com a necessidade de aumentar a sua produtividade.

Deste modo, abordar o tema da qualidade em saúde neste contexto justifica-se, porquanto é conhecida a relação entre a implementação de programas e sistemas da qualidade e o aumento da produtividade e da competitividade. Por outro lado, abordar a implementação da qualidade numa organização, implica necessariamente abordar a sua cultura, indo assim ao encontro do tema deste trabalho.

Na metodologia de estudo que foi aqui utilizada recorreu-se ao método hipotético-dedutivo. A estratégia de investigação seguida foi de natureza quantitativa com reforço qualitativo, apoiada na recolha de dados de diversos indicadores em saúde hospitalar, na revisão da literatura sobre os temas abordados e na realização de entrevistas exploratórias para orientação acerca da abordagem ao tema escolhido. Para a definição do “Estado da Arte” foram consultadas fontes primárias e terciárias. Esta informação, interligada com a que foi obtida nas entrevistas e à experiência do autor nesta área, permitiu estabelecer o contexto, encontrar a questão central e as derivadas, e formular as correspondentes hipóteses. No desenvolvimento da investigação recorreu-se a dados objetivos, tais como indicadores em saúde. Procedeu-se então a um estudo transversal que permitiu investigar as diferenças entre métodos e instrumentos de trabalho na área da qualidade em saúde e segurança do doente, através de indicadores desta área e que permitiram confrontar as práticas em saúde entre um grupo selecionado de serviços do HFAR-PL e o seu SGO que foi utilizado como



serviço padrão. Complementou-se o estudo com a realização de uma entrevista semi-estruturada, com vista à consolidação do trabalho no âmbito da cultura organizacional.

O objetivo geral desta investigação é contribuir para a identificação de fatores que permitam, no contexto da qualidade em saúde, elevar os padrões da qualidade na prática clínica e da segurança do doente no HFAR-PL, relacionando-os com os fatores produtividade/competitividade e estabelecer relação de causalidade com a cultura organizacional neste hospital, com os seguintes objetivos específicos:

OE1: Caracterizar a situação atual dos indicadores clínicos, de produção hospitalar e outros, referentes ao HFAR-PL.

OE2: Caracterizar a situação atual dos indicadores clínicos, de produção hospitalar e outros referentes ao SGO do HFAR-PL.

OE3: Identificar as áreas de intervenção específica onde um programa de qualidade e segurança do doente possa constituir uma mais-valia para a competitividade e produtividade do HFAR.

OE4: Caracterizar a cultura organizacional do HFAR enquanto hospital militar e concluir da sua eventual mais-valia com a cultura da Qualidade, através do exemplo do SGO do HFAR-PL, enquanto serviço com certificação em qualidade pela Norma ISO 9001.

Em função destes objetivos elaboraram-se quatro capítulos:

No primeiro capítulo estabeleceu-se o “estado da arte”, onde se enquadrou o HFAR como hospital de natureza militar a operar no contexto do Sistema Nacional de Saúde, logo, sujeito a determinações específicas da saúde que lhe chegam através do Ministério da Saúde, DGS, ACSS e outras entidades. Nesse âmbito, o HFAR não pode ignorar que a qualidade é uma prioridade do Sistema Nacional de Saúde e que precisa de estabelecer um plano para a implementar, à semelhança de um número cada vez maior de hospitais no nosso país (DGS, 2018).

Como proposta de referencial para implementar a qualidade no HFAR, neste primeiro capítulo é apresentado o normativo ISO 9001, particularmente a sua versão mais atual, a ISO 9001:2015. Existem outros referenciais, tais como a JCI, a CHKS e a ACSA que acreditam hospitais em Portugal. Contudo, a proposta da implementação da ISO 9001 deve-se ao facto desta Norma, ao contrário dos referenciais JCI e CHKS, permitir a aplicação parcial de programas e sistemas da qualidade. Em relação à ACSA, trata-se da importação de um modelo da Andaluzia, o qual não foi construído para a realidade de um hospital militar português. Nenhum destes referenciais foi construído para se adaptar às características



específicas do HFAR enquanto hospital militar, com a sua identidade particular. Pelo contrário, a Norma ISO 9001 permite construir um modelo da qualidade adaptado às características deste hospital.

Voltando a referir o “estado da arte”, neste capítulo abordam-se os conceitos de produtividade, competitividade e cultura organizacional, os quais irão ser analisados nos capítulos seguintes. Faz-se também uma referência particular a indicadores da qualidade em saúde, na medida em que este trabalho se apoiará neles para a sua análise comparativa.

O segundo capítulo é dedicado a caracterizar a atividade assistencial do HFAR de um modo geral e o serviço de ginecologia e obstetrícia do HFAR-PL em particular, enquanto serviço com um SGQ certificado desde o ano de 2005, portanto estável e amadurecido. Esta caracterização centra-se na sua organização, enquanto exemplo de um serviço hospitalar detentor de uma cultura da qualidade. A referida caracterização é fundamental neste trabalho, porque nela se vão apoiar quer as respostas à questão central, quer às questões derivadas.

No capítulo três efetua-se a análise comparativa respeitante à aplicação de indicadores da qualidade e segurança do doente entre os serviços do HFAR-PL e o seu SGO que foi designado como serviço Padrão, ou serviço “P”. Foi distribuído um questionário com 180 indicadores diferentes, respeitantes à qualidade na saúde e segurança do doente e com origem, quer nos indicadores habituais do SGO cuja proveniência maioritária vem da SEGO, quer em indicadores do SINAS Hospitais e que correspondem à maior parte dos que foram usados neste estudo. O questionário foi respondido pelos chefes de 23 serviços do HFAR-PL.

Os dados obtidos sustentam que P cumpre a maioria dos indicadores (81,1%), tal como seria de esperar em função de ter um SGQ certificado, o que contrasta com a globalidade dos outros serviços cuja média de cumprimento dos indicadores é de 41,5%.

Efetuando a comparação por grupos de serviços, os quais correspondem a diferentes departamentos (médico, cirúrgico e MCDT), verificou-se também um valor significativamente alto de indicadores respondidos como “não aplicável” no grupo de serviços clinicamente mais distantes (grupo D), o que confirma a esperada coerência grupal.

Com a finalidade de testar a compreensão da linguagem e dos conceitos da qualidade junto das especialidades, foram então auditados os dez serviços que mais responderam afirmativamente aos indicadores. Constatou-se uma conformidade de 100% para P e de 16,5%, em média, para os outros serviços auditados. Esta observação suporta a tese de que



não terão sido compreendidos os conceitos ou a linguagem veiculados nas questões, porque estes estariam contextualizados numa linguagem e em conceitos próprios da cultura da qualidade.

Estes resultados permitem concluir que é necessária uma cultura da qualidade instalada nos serviços, a qual necessitará de ser apreendida. Isso poderá ocorrer através de ações de formação específica nesta área e de aplicação prática no terreno. Desse modo, é opinião do autor que os indicadores podem assim ser aplicados, com possibilidades de sucesso.

Foram também analisados os indicadores em função do seu impacto na produtividade e competitividade hospitalares. De uma lista inicial de 70 indicadores selecionados pelo autor com base na sua experiência nesta matéria, proposta à validação por três peritos, foram apurados por estes um conjunto de 47 indicadores com impacto na produtividade e 53 indicadores com impacto na competitividade. Esta validação implica que, ao serem compreendidos pelos profissionais e aplicados aqueles indicadores, a implementação de práticas de qualidade em saúde e segurança do doente tem impacto, dada a sua natureza, com tendência favorável, na produtividade e na competitividade hospitalares.

Assim, poder-se-á concluir-se que ao existir uma cultura da qualidade instalada nos serviços, isso resultará num aumento de produtividade e de competitividade do HFAR.

Uma vez que esta cultura da qualidade veicula uma cultura assumida como de boas práticas pelas entidades nacionais e internacionais que produzem estes indicadores (SEGO, s.d.) (ERS, 2018), a sua implementação pode tornar o HFAR mais seguro e confiável para os doentes e gerar valor para os profissionais, os quais aprendem como trabalhar de forma mais eficiente, eficaz e onde o erro na prestação de cuidados de saúde é mitigado, tornando assim consequentemente o HFAR mais atrativo quer para os doentes, quer para os profissionais. Considera-se assim respondida a QD2: “Melhorar a competitividade poderá tornar o HFAR mais atrativo para doentes e profissionais?” e a QD3: “Melhorar a competitividade poderá tornar o HFAR mais produtivo?” e validadas as HIP2: “A associação do conceito da competitividade à implementação de boas práticas de qualidade em saúde, poderá tornar o HFAR mais apelativo aos profissionais e simultaneamente atrair mais doentes” e HIP3: “Com a implementação de boas práticas de qualidade em saúde, o HFAR melhora a realização de cuidados e reduz custos.”

No quarto capítulo aborda-se o tema da cultura da qualidade e o HFAR. Inicialmente retrata-se a complexidade da definição de cultura e de culturas e, como as culturas se interrelacionam umas com as outras, começa-se por definir o espaço cultural onde o HFAR



se encontra. Com base no modelo de Hofstede e na opinião de outros autores, é caracterizada a cultura nacional portuguesa. Seguidamente, assumindo o HFAR como um hospital de natureza militar, caracterizou-se quer a cultura militar, quer a cultura hospitalar. Esta última é de natureza multicultural, podendo mesmo assumir-se o hospital como local de culturas paradoxais, onde convivem a cultura do curar, a cultura do cuidar, a cultura da gestão e a cultura do doente e também a dos seus familiares. A esta amálgama cultural pretende-se juntar agora a cultura da qualidade. Poderá ser aqui bem sucedida? Caracteriza-se assim a cultura da qualidade como uma cultura de rigor e o HFAR como um hospital que deveria ser o paradigma dos hospitais portugueses, na medida em que tem que conjugar a natureza hierárquica da instituição militar com a cultura de serviço hospitalar em geral e com a cultura de rigor da qualidade.

Por fim, aborda-se neste capítulo a medicina como arte e a cultura da qualidade. Porque não existe HFAR sem medicina, é importante compreender até que ponto haverá lugar para a simbiose entre a cultura da qualidade e a arte médica, uma vez que a medicina enquanto ciência parece poder partilhar com a qualidade muita da sua linguagem.

Ora, a QD1 consiste em procurar saber se “poderá a cultura da Qualidade coexistir no HFAR com a cultura organizacional do mesmo, enquanto hospital militar”. A resposta consubstancia-se em duas evidências:

- Nos resultados obtidos através do questionário onde se conclui que o SGO, porque possui uma cultura da qualidade, cumpre com 81,1% dos indicadores da qualidade em saúde emitidos na sua quase totalidade por entidades externas e independentes;
- Na certificação do seu SGQ, também por entidade externa e independente.

Considera-se assim respondida a QD1 e validada a HIP1: “A cultura da Qualidade coexiste no HFAR-PL por intermédio do SGO”.

Consideram-se igualmente alcançados, quer o objetivo geral, quer os objetivos específicos desta investigação.

Como contributos para o conhecimento, este trabalho:

1. Caracteriza a cultura da qualidade no HFAR-PL por intermédio da avaliação de indicadores da qualidade em saúde e segurança do doente;
2. Demonstra que pode coexistir a cultura da qualidade no HFAR;
3. Demonstra que pode ser melhorada a produtividade e a competitividade hospitalar se forem implementados SGQ nos serviços;



4. Demonstra que pode ser melhorada a produtividade e a competitividade hospitalar tendo como objetivo primário a implementação de boas práticas de qualidade em saúde e segurança do doente;

Do presente trabalho decorrem então as seguintes recomendações:

- Deverão ser identificados, no HFAR, serviços ou unidades onde se implementem programas ou sistemas de gestão da qualidade em função da natureza dos serviços ou unidades e em função da capacidade de liderança dos seus chefes;

- Deverão ser implementadas ações de formação em qualidade a todos os profissionais do HFAR envolvidos nos referidos projetos de implementação de programas ou de sistemas de gestão da qualidade, assim como aos responsáveis pela gestão de topo.

- Deverão ser implementadas ações de formação em liderança aos chefes dos serviços ou unidades envolvidos nos referidos projetos.

- Deverá ser ativada a Comissão de Humanização e Qualidade do HFAR, atualizada a sua designação para “Comissão da Qualidade e Segurança” (de acordo com a legislação em vigor) e dotada de profissionais com formação em qualidade, os quais deverão ter horário dedicado e local próprio para as funções nessa comissão.

Outras considerações:

- O autor considera que existe espaço para a implementação de modelos da qualidade de natureza mais “disciplinada” como os da filosofia *Lean* ou *Kaizen*, em locais como o bloco operatório ou num laboratório. É fundamental determinar onde e como aplicá-los, para que não conflituem com a aplicação da medicina enquanto arte.

- Os modelos baseados na Norma ISO 9001 poderão ser aplicados a serviços clínicos.

Este trabalho poderá ser complementado com estudos de implementação de modelos da qualidade, em consonância com o acima referido. Fica assim em aberto o espaço para trabalhos que estudem modelos *Lean* ou *Kaizen* em locais ou serviços específicos do HFAR.

Sugerem-se igualmente estudos de natureza sociológica que abordem, de modo mais aprofundado, a cultura hospitalar, em particular a cultura hospitalar militar.



Bibliografia

- Al-Ibrahim, A., 2014. Quality Management aid Its Role in Improving Service Quality in Public Sector. *Journal of Business and Manaement Sciences*, dezembro, pp. 123-147.
- Alvaro, S., Urban, S., McKee, B. & Hill, S. A., 2005. Military and Organizational Culture - An Annotated and Secondary Bibliography os Literature from the Past Ten Years. *Defence R&D Canada*, dezembro.
- Amado, A., 2016. *Responsabilidade social e outplacement nas Forças Armadas : o processo de reintegração dos militares contratados no mercado de trabalho*, Lisboa: Repositório das Universidades Lusíadas.
- Amaral, M. J. N. C. d., 2017. *A cultura da qualidade na realidade das Forças Armadas em Portugal* [Entrevista] (9 outubro 2017).
- Anon., s.d. s.l.: s.n.
- AR, 2002. *Lei de Bases da Saúde*. (Lei nº 48/90, de 24 de agosto), Lisboa: Diário da República.
- AR, 2013. Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da saúde, Despacho nº 15423/2013. *Diário da República*, 2ª série - Nº 229, 26 novembro, pp. 34563-34565.
- Backstrom, I., Ronnback, A. & Cronemyr, P., 2016. *What values are included in quality culture? A theoretical and practical collaboration*, Roma: Lund University, Linköping University, Italien Academy of Commodity Science and Roma tre University.
- Bedrikow, R. & Campos, G., 2011. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. *Revista da Associação Médica Brasileira*, pp. 610-613.
- Bento, A. S. M., 2017. *A cultura da qualidade na realidade das Forças Armadas em Portugal* [Entrevista] (23 outubro 2017).
- Berek, J., Adashi, E. & Hillard, P., 1996. *Novak's Gynecology*. 12ª ed. Los Angeles, California: William & Wilkins.
- Blasco, P., 2012. A Arte Médica (I): a formação e as virtudes do médico. *Revista Brasileira de Medicina*, dezembro, pp. 9-17.
- Caprara, A., Lins, A. & Franco, S., 1999. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, jul-set, pp. 647-654.
- Chinn, D. & Dowdy, J., 2014. Five principles to manage change in the military. *McKinsey on Government*, pp. 40-44.



- Cooper, C., 2011. *The little book of Lean, the basics*. Bloomfield, IA 52537: Simpler Consulting, L.P..
- Corrigan, J. et al., 1999. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, Washington: National Academy of Sciences.
- Cosgrove, S. & Carmeli, Y., 2003. The impact of Antimicrobial Resistance on Health and Economic Outcomes. *Clinical Infectious Diseases*, 16 maio, pp. 1433-1437.
- Costa, E. F., Nascimento, R. N. & Pereira, F. S., 2011. *Gestão da Qualidade: A Qualidade como fator de Competitividade e Satisfação do Cliente*, s.l.: s.n.
- Crato, C., 2010. *Qualidade: condição de competitividade*, Porto: SPI - Sociedade Portuguesa de Inovação.
- DGS, 2014. *Programa Nacional de Acreditação em Saúde*, Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde, Direção-Geral da Saúde.
- DGS, 2015. *Plano Nacional de Saúde - Revisão e extensão a 2020*, Lisboa: Ministério da Saúde.
- DGS, 2017. *Programa de Prevenção e Controlo das Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos - 2017*, Lisboa: DGS.
- DGS, 2018. *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*, Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral de Saúde.
- Donaldson, L. et al., 2000. *An organization with a memory*, London: Department of Health.
- Eiriz, V., Barbosa, N. & Figueiredo, J., 2006. *Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém*. [Em linha]
Disponível em:
http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1775/1/Competitividade_Hospitalar_03_CadernosEconomia.pdf
[Acedido em 28 março 2018].
- ERS, 2018. *SINAS@Hospitais*. [Em linha]
Disponível em: <https://www.ers.pt/pages/119>
[Acedido em 17 março 2018].
- ERS, s.d. *SINAS*. [Em linha]
Disponível em: <https://www.ers.pt/pages/198>
[Acedido em 30 março 2018].



- Ferreira, C. J., 2015. *O Impacto dos Sistemas de Gestão da Qualidade na Competitividade das Empresas - Dissertação de Mestrado*, Porto: UPT - Universidade Portucalense - Departamento de Economia, Gestão e Informática.
- Finuras, P., 2018. *Bioliderança - Porque seguimos quem seguimos?*. 1ª ed. Lisboa: Sílabo.
- Fiorese, L. & Martinez, M., 2016. Influência da cultura e clima organizacional na qualidade de vida no trabalho: revisão da literatura. *Destaques Académicos*, pp. 100-113.
- Fleury, M. T. L., 1993. Cultura da qualidade e mudança organizacional. *Revista da Administração de Empresas*, Abril, pp. 26-34.
- Garcia, F. P., 2007. *Metodologia da Investigação Científica*. Lisboa: Instituto de Estudos Superiores Militares.
- Ghahramanian, A. et al., 2017. Quality of healthcare services and its relationship with patient safety culture and nurse-physician professional communication. *Health Promotion Perspectives*, pp. 168-174.
- Helmreich, R., 2000. Culture and error in space: Implications from analog environments. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, pp. 133-139.
- Hernandez, K. et al., 2005. Incidence of and Risk Factors for Surgical-Site Infections in a Peruvian Hospital. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, maio, pp. 473-477.
- Hofstede, G., 2011. Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context. *Psychology and Culture*.
- Hofstede, G., 2018. *Hofstede Insights*. [Em linha]
Disponível em: <https://www.hofstede-insights.com/country-comparison/portugal/>
[Acedido em 5 abril 2018].
- Hyder, A. A. & Morrow, R., 2005. *Culture, Behavior and Health - Semantic Scholar*. [Em linha]
Disponível em:
<https://pdfs.semanticscholar.org/f8fe/68c7e568a5bc2d67fd6f870a5f6826dff60b.pdf>
[Acedido em 25 março 2018].
- IASIST, 2015. *Top 5 - A excelência dos Hospitais Portugueses*, Porto Salvo, Lisboa: IASIST.
- IASIST, 2015. *Top 5, a Excelência dos Hospitais*, Lisboa: IASIST Portugal.
- IESM, 2015a. *Trabalhos de Investigação (NEP/ACA - 010)*. Lisboa: IESM.
- IESM, 2015b. *Regras de Apresentação e Referenciação para os Trabalhos Escritos a Realizar no IESM (NEP/ACA-018)*. Lisboa: IESM.



- ISO, 2015. *ISO 9001:2015 Quality management systems - Requirements*, Geneva: ISO.
- ISO, 2015. Sistemas de gestão da qualidade Fundamentos e vocabulário (ISO 9000:2015). *Norma Portuguesa*, 7 dezembro, p. 7.
- Jesus, A., 2006. *A competitividade na saúde - Opinião - Jornal de Negócios*. [Em linha]
Disponível em:
http://www.jornaldenegocios.pt/opiniao/detalhe/a_competitividade_na_saude
[Acedido em 6 janeiro 2018].
- Jung, T. et al., 2009. Instruments for Exploring Organizational Culture: A Review of the Literature. *Public Administration Review*, dezembro, pp. 1087-1096.
- Khan, M. & Celik, Y., 2001. Cost of nosocomial infection in Turkey: an estimate based on the university hospital data. *Health Services Management Research*, pp. 49-54.
- Koenigsaecker, G., 2009. *Leading the Lean Enterprise Transformation*. New York: CRC Press.
- Kohn, L., Corrigan, J. & Donaldson, M., 1999. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, Washington, D.C.: National Academy Press.
- Líbano, L. E., 2012. *Análise Económica da Introdução do Sistema de Melhoria Contínua Kaizen no Bloco Operatório do Centro Hospitalar do Porto*. Braga: Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão.
- Lopes, A., 2009-2010. A cultura organizacional em Portugal: de dimensão oculta a princípio activo intangível. *Gestão e Desenvolvimento*, p. 5.
- Lopes, A., 2018. *Professor Doutor* [Entrevista] (27 março 2018).
- Loureiro, R. M. D., 2017. *A cultura da qualidade na realidade das Forças Armadas em Portugal* [Entrevista] (11 outubro 2017).
- Lourenço, P. J., 2017. Cultura organizacional e qualidade em serviços em instituição de saúde pública portuguesa. *Revista Pensamento Contemporâneo em Administração*, 28 Agosto, pp. 120-135.
- Maia, A., 2017. Ordem quer que relação médico-doente seja património da humanidade. *O Público*, 17 novembro. Issue Saúde.
- Malik, A. M., 2009. *Debates GVsaúde - Competitividade e as Organizações de Saúde*. [Em linha]
Disponível em:
<file:///C:/Users/Joao/Documents/TRABALHOS%20EM%20CURSO%202018/01->



CPOG/TII/Artigos%20e%20Bibliografia%20de%20apoio/COMPETITIVIDADE/Kanamuro_2009_debates6.pdf

[Acedido em 6 janeiro 2018].

Mann, D., 2005. *Creating a Lean culture - Tools to Sustain Lean Conversions*. New York: Productivity Press.

Mateus e Associados, A., Cirius, Geoideia & Ceprede, s.d. *A noção de "competitividade": emergência, fundamentos e desenvolvimento*, s.l.: s.n.

Mateus, 2010. *Sustentabilidade e Competitividade na Saúde em Portugal*, s.l.: ISEG - Health Cluster Portugal.

MDN, 2014. *Criação do Hospital das Forças Armadas*. (Decreto-Lei nº84/2014 de 27 de maio), Lisboa: Diário da República.

Mendes, V. M., 2012. *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras - Mestrado em Gestão da Saúde*, Lisboa: Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública.

MHSR, 2014. *Final Report to the Secretary of Defense*, s.l.: s.n.

MS, 2015. *Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. (Despacho nº 1400-A/2015), Lisboa: Diário da República.

Nance, J., 2009. *Why Hospitals Should Fly - The Ultimate Flight Plan to Patient Safety and Quality Care*. 1ª ed. Bozeman: Second River Healthcare Press.

Neves, J. & Lopes, A., 2017. *Cultura organizacional, satisfação e cidadania organizacional*, Coimbra: Pombalina - Coimbra University Press.

OMS, s.d. *Patient Safety*. [Em linha]

Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/about/en/>

[Acedido em 1 Dezembro 2017].

Parente, J. S. d. C., 2017. *A cultura da qualidade na realidade das Forças Armadas em Portugal* [Entrevista] (10 outubro 2017).

Pires, A. R., 2016. *Sistemas de Gestão da Qualidade*. 2ª ed. Lisboa: Sílabo.

Polycarpo, J. V., 2011. *Qualidade: o preço a pagar pela competitividade*, Rio de Janeiro: VII Congresso Nacional de Excelência em Gestão (ISSN 1984-9354).

Porter, M. & Teisberg, E. O., 2006. *Redefining Health Care – Creating Value – Based Competitions on Results*. [Em linha]

Disponível em:

<http://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/20060502%20NACDS%20->



[%20Final%2005012006%20for%20On%20Point_db5ede1d-3d06-41f0-85e3-c11658534a63.pdf](#)

Porto Editora, s.d. *Dicionário da língua portuguesa*. [Em linha]

Disponível em: <https://www.portoeditora.pt/app-dlp>

[Acedido em 1 dezembro 2017].

Redmond, S. et al., 2014. A brief introduction to the military workplace culture. *Center for Innovation and Research on Veterans & Military Families, School of Social Work*, 23 setembro, pp. 9-20.

Ribeiro, A. F., 2015. Taylorismo, Fordismo e Toyotismo. *Lutas Sociais*, dezembro, Volume 19, pp. 65-79.

Roberts, R. et al., 2009. Hospital and Societal Costs of Antimicrobial-Resistant Infections in a Chicago Teaching Hospital: Implications for Antibiotic Stewardship. *Clinical Infectious Diseases*, 9 setembro, pp. 1175-1184.

Rooney, A. & Ostenberg, P., 1999. *Licenciamento, Acreditação e Certificação: Abordagens à Qualidade de Serviços de Saúde*, Bethesda: Center for Human Services.

Sadia, R., 2016. The Relationship Between Employee Health, Quality Culture and Organizational Effectiveness: Findings from the Literature. *Int. J. of Design & Nature and Ecodynamics*, pp. 1-9.

Sammer, C. et al., 2010. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, pp. 156-165.

Santos, L. et al., 2016. *Orientações metodológicas para a elaboração de trabalhos de investigação*. Lisboa: IESM.

Saraiva, M., 2012. A Filosofia de Deming e a Gestão da Qualidade Total no Ensino Superior Português. *Revista Portuguesa de Management*, pp. 95-116.

Scott, T., Mannion, R., Davies, H. & Marshall, M., 2003. Implementing culture change in health care: theory and practice. *International Journal for Quality in Health Care*, pp. 111-118.

SEGO, s.d. *Indicadores de calidad asistencial en ginecologia y obstetricia*, Madrid: SEGO.

Silva, S. M., 2016. *Gestão da Qualidade em Saúde - Tese de Mestrado em Ciências Farmacêuticas*, Lisboa: Universidade de Lisboa.

Silveira, T. M., 2011. *Aplicação da filosofia Kaizen em uma oficina de manutenção aeronáutica*, Curitiba: Universidade Tuiuti do Paraná.



- Sousa, P. et al., 2011. *Segurança do doente - Eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa.
- Souza, V., Pessini, L. & Hossne, W., 2012. Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente. *Revista Bioethikos*, 19 março, pp. 181-190.
- Velho, G. & Castro, E. V., 1978. O Conceito de Cultura e o Estudo das Sociedades Complexas: uma perspectiva antropológica. *Jornal de Cultura*, Janeiro.
- Vieira, P. & Sousa, H., 2015. A importância do contexto cultural para a comunicação empresarial: um breve enquadramento. *Revista da Universidade de Aveiro*, pp. 17-28.
- Vignochi, L., Gonçalo, C. R. & Lezana, Á. G., 2014. Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho?. *Revista de Administração de Empresas*, agosto, pp. 496-509.
- Villasuso, S. M., 2017. *A cultura da qualidade na realidade das Forças Armadas em Portugal* [Entrevista] (15 outubro 2017).
- Westrum, R., 2004. A typology of organisational culture. *Quality & Safety Health Care*, pp. ii22-ii27.
- WHO, 2002. *Quality of care: patient safety*, Geneva: WHO.
- WHO, 2004. *World Alliance for Patient Safety - Forward Programme 2005*, Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication.
- WHO, 2018. *Patient safety*. [Em linha]
Disponível em: www.who.int/patientsafety/en/
[Acedido em 2 abril 2018].
- Wolters Kluwer, 2017. *Clinical Drug Information - O uso de ferramentas para redução da incidência de erros por medicação*. [Em linha]
Disponível em:
<http://www.wolterskluwer CDI.com/sites/default/files/documents/international/epr-medication-safety-brazil.pdf>
[Acedido em 2 abril 2018].



Apêndice A — Glossário de termos

Acreditação - segundo a *International Society for Quality in Health Care* (ISQua), cuja definição foi adotada pela DGS, a acreditação “é um processo de auto-avaliação e auditoria externa por pares, usado pelas organizações de saúde para avaliarem com rigor o seu nível de desempenho face a padrões preestabelecidos (*standards*) e para implementar meios de melhorar continuamente” (DGS, 2014)

Benchmarking – “processo contínuo e sistemático que permite a comparação das performances das organizações e respetivas funções ou processos face ao que é considerado o melhor nível, visando não apenas a equiparação dos níveis de performance mas também a sua superação”. (Economias, 2018), citando a Comissão Europeia.

Certificação - “um processo pelo qual um órgão autorizado, seja uma organização governamental ou não-governamental, avalia e reconhece um profissional individual ou uma instituição como atendendo a requisitos ou critérios predeterminados” (Rooney & Ostenberg, 1999).

Cirurgia eletiva – cirurgia programada.

Cirurgia endoscópica – cirurgia efetuada com recurso a endoscópios, os quais consistem em telescópios estreitos que se usam para visualizar o interior de um espaço visceral (Berek, et al., 1996, p. 677).

Competitividade - significa “realizar as coisas certas à primeira vez todas as vezes ao preço e nas condições preferidas pelo comprador” (Pires, 2016, p. 266).

Cultura Organizacional - “uma programação mental, com todas as suas implicações em termos de crenças, de criação de sentido e de expressão através de artefactos e de padrões de comportamento, ajustadas aos grupos de pertença” (Lopes, 2009-2010, p. 5).

Gestão – atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização (ISO, 2015, p. 20).

Gestão de topo – pessoa ou grupo de pessoas que dirige e controla uma organização ao mais alto nível (ISO, 2015, p. 17).

ISO - a designação utilizada pela Organização Internacional de Normalização fundada em 1947 e com sede em Genebra, para se referir a um conjunto normativo utilizado na certificação em Qualidade. O termo ISO provém do grego *íson* que significa igual, veiculando o conceito de algo que é uniforme ou homogéneo.



Melhoria contínua – atividade recorrente para aperfeiçoar o desempenho (ISO, 2015, p. 19).

Organização – pessoa ou conjunto de pessoas que tem as suas próprias funções com responsabilidades, autoridades e relações para atingir os seus objetivos (ISO, 2015, p. 18)

Parte interessada ou stakeholder – pessoa ou organização que pode afetar, ser afetada por, ou considerar-se como sendo afetada por uma decisão ou atividade (ISO, 2015, p. 18).

PBM – *Patient Blood Management*: descreve um leque de estratégias médicas e cirúrgicas que têm o objetivo de conservar e otimizar o próprio sangue do doente, evitando ou reduzindo a necessidade de transfusões alogénicas.

Planeamento da Qualidade – parte da gestão da qualidade focada no estabelecimento dos objetivos da qualidade e na especificação dos processos operacionais necessários, bem como nos recursos relacionados com o atingir dos objetivos da qualidade (ISO, 2015, p. 20).

Produtividade - “a produção de um produto/fornecimento de um serviço, utilizando os menores recursos (humanos, materiais, financeiros) por unidade de produto/prestação do serviço de acordo com especificações definidas” (Pires, 2016, p. 265)

Programa de Qualidade - um conjunto de atividades planeadas para um dado período (Porto Editora, s.d.) e referentes à Qualidade.

Qualidade (de acordo com o referencial ISO) - “uma cultura que se traduz em comportamentos, atitudes, atividades e processos que proporcionam valor ao satisfazer as necessidades e as expectativas dos clientes e de outras partes interessadas relevantes.” (ISO, 2015, p. 7)

Qualidade em Saúde - a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (Saturno et al, 1990, cit. por DGS, 2015, p.16) (DGS, 2015). Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível. (DGS, 2015, p. 16)

Segurança do doente - “a ausência de dano prevenível a um doente durante o processo de prestação de cuidados de saúde. O conceito de segurança do doente implica a coordenação dos esforços para prevenir danos causados pelo próprio processo de saúde e que atinge os doentes. A segurança do doente tem sido cada vez mais reconhecida como uma questão de importância global⁷ (...)”. (OMS, s.d.)

⁷ Tradução do autor



Sistema de Gestão da Qualidade (de acordo com o referencial ISO) - o conjunto de elementos interrelacionados ou interatuantes de uma organização para o estabelecimento de políticas e objetivos e de processos para atingir esses objetivos e que se referem à Qualidade (ISO, 2015, p. 23).



Apêndice B — Entrevistas exploratórias

Foi entregue a cada um dos peritos entrevistados o tema do trabalho e respetivas propostas de linhas de desenvolvimento, conforme figura 24.

Foi solicitado aos peritos que elaborassem sobre o mesmo. No quadro 2 encontra-se o resumo das entrevistas exploratórias efetuadas.

24	A CULTURA DA QUALIDADE NA REALIDADE DAS FORÇAS ARMADAS EM PORTUGAL	Os Sistemas de Qualidade em Saúde são cada vez mais uma realidade em Portugal. As FFAA portuguesas não deverão alhear-se desta situação e, neste contexto, deverão preparar as suas estruturas para não serem ultrapassadas pela realidade civil. Propõem-se, sem prejuízo de outros, os seguintes tópicos para desenvolvimento: A capacidade das FFAA portuguesas para implementar Sistemas de Qualidade; Prós e contras da implementação de Sistemas de Qualidade no contexto da realidade militar portuguesa; A cultura da Qualidade na realidade militar e civil em Portugal.
----	--	---

Figura 24 - Tema do Trabalho de Investigação Individual

Fonte: (Cópia do texto do tema proposto ao autor, 2017)

Quadro 1 – Lista de entrevistados

Abreviatura	Perito	Data da entrevista
MJA	Maria João Nazaré Cerveira do Amaral	9 de outubro de 2017
JSP	Josefina Suzana da Cruz Parente	10 de outubro de 2017
RML	Rui Miguel Dias Loureiro	11 de outubro de 2017
SMV	Sílvia Maria Peña Villasuso	15 de outubro de 2017
AMB	Adelino San Miguel Bento	23 de outubro de 2017

Fonte: (Autor, 2017)

Quadro 2 - Resumo das entrevistas exploratórias

Respostas dos peritos	
MJA	<p>“Replicar para as Forças Armadas o trabalho realizado no serviço de ginecologia e obstetrícia.”</p> <p>“Jogar com as mesmas regras do que os outros (civis)”</p> <p>“Porque é que questionamos seguir a qualidade? Podemos não querer seguir esse caminho e fechar o HFAR ao exterior. Se o abrirmos vamos ter que fazer <i>benchmarking</i> e competir com os outros. As Forças Armadas querem ficar orgulhosamente sós, ou querem fazer mais?”</p> <p>“Uma sugestão para o trabalho será comparar dois serviços de ginecologia e obstetrícia e associar índices internacionais de boas práticas”</p> <p>“Abordar o risco é algo mais complexo, pelo que não parece um bom caminho para o trabalho”</p> <p>“Como é abordado o financiamento para hospitais certificados <i>versus</i> HFAR? Será rentável certificar o HFAR?”</p>



Respostas dos peritos	
	<p>“Uma proposta de desenvolvimento poderá ser o desperdício zero”</p> <p>“Outras propostas poderão ser as cirurgias adiadas tardiamente, o <i>patient safety</i> e a cirurgia do lado errado. Então, pegar nalguns exemplos e determinar a eficácia dos sistemas de gestão da qualidade”</p>
JSP	<p>“As Forças Armadas têm um âmbito global. A qualidade corresponde ao risco <i>versus</i> benefício e os militares trabalham em ambientes imprevisíveis, fora de ambientes controlados. Recordo a guerra do Vietname e as questões médicas ligadas ao trauma, controlo da dor, suporte transfusional...”</p> <p>“Faz todo o sentido abordar a questão do risco, a qualidade em ambiente adverso, em ambiente de guerra.”</p> <p>“A gestão do inesperado e a otimização de recursos são críticos em ambiente militar. A otimização da qualidade num sujeito que é militar e à partida saudável, colocado num ambiente de <i>stress</i> inesperado e ter que manter forças ativas (no terreno). O que é que a organização pode fazer?”</p> <p>“O caso de equipas de mergulhadores ou de homens que trabalham nos submarinos, necessitam de atos médicos e de recurso à telemedicina”</p> <p>“O que podem os serviços de saúde militares fazer para nessas circunstâncias manter as forças operacionais ao mais alto nível, aplicando os conceitos da qualidade?”</p>
RML	<p>“Sugiro que se deva limitar o tema à área da saúde.”</p> <p>“Abordar conceitos como risco, valor, dados, visualização de dados...”</p> <p>“Quais são as necessidades operacionais dos militares e dos civis? Por exemplo, a Marinha tinha muitos queimados e necessitavam de um bom sistema de saúde para tratar estes doentes. Quando tinham pouco trabalho, os médicos trabalhavam em hospitais civis com muita casuística.”</p> <p>“O risco está na moda, embora ninguém o pratique. Mas é fundamental.”</p> <p>“Valor: corresponde ao quociente entre somatório da qualidade e o somatório de recursos investidos. Então, se reduz o valor a qualidade desce. Outro modelo é o triângulo de ferro que relaciona qualidade, recursos e equidade (acesso aos dados). Porter fala na cadeia de valor na saúde.”</p> <p>“Outro assunto fundamental são os dados. Os dados suportam a informação, que suporta o conhecimento, que nos conduz à sabedoria. Tudo isso se relaciona com valor, risco e qualidade. Se eu possuir bons dados até posso ter um modelo que possa prever o futuro.”</p> <p>“Em Braga colocaram etiquetas com o custo dos equipamentos e dispositivos - consumíveis, <i>stents</i>, então os custos reduziram imenso.”</p> <p>“Durante 30 dias, em Évora, decidiram fazer o registo “cego” da mortalidade perioperatória. Descobriram que houve coisas que correram bem, mas ninguém soube porque é que correram bem. Também é importante para aprender”.</p> <p>“Outra proposta de desenvolvimento é qualidade e risco nos serviços de saúde militares. O estudo de todos os acidentes ou quase acidentes. O grau de sucesso na aviação depende da análise exaustiva. Na aviação os sistemas são complicados, então existem manuais de procedimentos. É um sistema compreensível. Na saúde os sistemas são complexos. As variáveis são não lineares, não se podem ter manuais. É um sistema não compreensível.”</p>
SMV	<p>“As estruturas de qualidade no privado estão a atualizar-se, acompanhando o mercado. Até agora existia apenas uma visão genericamente focada em</p>



Respostas dos peritos	
	<p>indicadores, sem existir uma visão global. As políticas eram centradas na empresa e não no doente.”</p> <p>“É importante refletir sobre políticas internas. Indicadores? Quais? Em que modelo devemos refletir seriamente? É importante criar valor para o doente.”</p> <p>“O que é a qualidade? São os indicadores? É a percepção do doente? São outros fatores? Quais? Colocar a hospitalização no centro da reflexão está errado. Devemos colocar o doente no centro das políticas. Que indicadores são importantes para o doente? Atividades da vida diária (AVD)? Apoio no pós-operatório? Autonomia percebida nas AVD?”</p> <p>“Criar indicadores da qualidade percebidos pelo doente implica também o reconhecimento do financiamento, implica as Entidades Financeiras Responsáveis (EFR) terem a mesma filosofia baseada em <i>outcomes</i>.”</p> <p>“Os sistemas da qualidade têm critérios transversais à prática clínica e outros para a organização. Então deve-se criar uma ferramenta que avalie os sistemas e influencie o financiamento.”</p> <p>“Para se abrir o sistema de saúde militar ao exterior tem que se fazer <i>benchmarking</i>: SINAS, ISO... etc. Não se pode comparar militar com civil sem isto, mesmo a uns níveis mais básicos.”</p> <p>“A gestão do risco é inerente aos sistemas da qualidade e também às questões da ética. Valor para o doente, o que é? Raramente nos focamos na oportunidade de replicar algo que correu bem.”</p> <p>“Se as Forças Armadas são conservadoras na partilha de dados, então isso compromete a qualidade. Só é possível evoluir, indo de encontro às melhores práticas (baseadas num <i>benchmark</i>).”</p> <p>“Questiono-me se os sistemas da qualidade são os adequados na geração atual. A geração da internet, dos telemóveis, da informação em rede...”</p> <p>“A instituição militar tem flexibilidade para acompanhar as novas gerações?”</p>
AMB	<p>“A cultura da qualidade e da segurança na realidade civil e militar traz, sobretudo, vantagens, mas pode deparar com algumas situações que demarcam uma diferença entre as duas realidades.”</p> <p>Em ambas existe competitividade entre profissionais (carreira profissional ou docente, valorização, etc.).</p> <p>Na instituição militar, que fatores podem influenciar o desenvolvimento de critérios de qualidade e segurança, de acordo com as normas em vigor? E quem pode sair prejudicado com essa realidade? A hierarquia militar? A gestão financeira?</p> <p>Que fatores inerentes à cultura militar podem dificultar a implementação de critérios de qualidade e segurança? A competitividade entre instituições? A segurança militar? Têm de existir critérios de escolha na sua implementação. Além disso, quando a rotatividade é muito grande nas equipas, pode diminuir a consistência na continuidade de programas estabelecidos. Assim, os sistemas da qualidade e segurança devem ser implementados tendo em conta essas realidades.</p> <p>Nas organizações civis há uma hierarquia de qualificação e de competências profissionais. Nas organizações militares, além destas, há a hierarquia militar que impõe, muitas vezes, a rotatividade e a limitação da permanência dos profissionais no mesmo serviço. Então, uma estrutura mais hierarquizada pode dificultar a aplicação de sistemas da qualidade e segurança?</p>



Apêndice C — Guião da entrevista ao Professor Doutor Albino Lopes

A CULTURA DA QUALIDADE NA REALIDADE DAS FORÇAS ARMADAS EM PORTUGAL

O presente tema de Trabalho de Investigação Individual aborda a Qualidade em Saúde e a Cultura da Qualidade na realidade militar e civil em Portugal, questionando sobre a capacidade das Forças Armadas em implementar Sistemas da Qualidade, com vista a preparar as suas estruturas para não serem ultrapassadas pela realidade civil.

Nesse sentido, pretende-se caracterizar a Cultura do Hospital das Forças Armadas enquanto instituição onde convivem a Cultura Militar e a Cultura da Saúde, adicionando a este ambiente cultural, também a Cultura da Qualidade. Será esta mistura de culturas possível de conciliar? Trará benefícios à Instituição? Se sim, de que forma?

Os Objetivos Específicos (OE) são os seguintes:

- **OE1:** Caracterizar a situação atual dos indicadores clínicos, de produção hospitalar e outros, referentes ao HFAR-PL, através de uma amostra representativa dos seus serviços clínicos.
- **OE2:** Caracterizar a situação atual dos indicadores clínicos, de produção hospitalar e outros referentes ao SGO do HFAR-PL.
- **OE3:** Identificar as áreas de intervenção específica onde um programa de Qualidade e segurança do doente possa constituir uma mais-valia para a competitividade e produtividade do HFAR.
- **OE4:** Caracterizar a cultura organizacional do HFAR enquanto hospital militar e concluir se existe melhoria para esta Instituição em implementar valores culturais da Qualidade, através do exemplo do SGO do HFAR-PL, enquanto serviço com certificação em Qualidade pela Norma ISO 9001.

João Mairos

COR/MED

IUM, 26 de março de 2017



Apêndice D — Resumo da entrevista ao Professor Doutor Albino Lopes

Quadro 3 - Resumo da entrevista ao Professor Doutor Albino Lopes

Resposta do perito	
Questão 1	Como caracteriza a Cultura Militar? Na sua opinião existe alguma diferença significativa entre a Cultura Militar portuguesa e a Cultura Militar universal?
Albino Lopes	<p>“Não há uma cultura universal militar, no sentido da uniformidade. A cultura militar portuguesa, que se seguiu ao liberalismo, no século XIX, onde eu situo a problemática moderna da cultura organizacional vigente em Portugal, está subordinada ao poder político. A política subordina tudo, incluindo a abordagem técnica das situações. As propostas de cariz militar, logísticas ou outras, eram subordinadas ao poder político. Não vejo uma cultura militar portuguesa associada, por exemplo, a uma cultura militar prussiana, em que o poder político não podia ir contra o Estado-Maior. Em 1925 há um grito de revolta do Marechal Gomes da Costa, acerca da impreparação dos nossos militares. Dos relatos que ouvi da guerra do ultramar, as pessoas diziam que tinham que ser criativas, porque não tinham nada. A cultura militar portuguesa faz uso da criatividade, em vez do planeamento. Dominique de Roux, um franco-suíço especialista em operações secretas e ligado a atentados de extrema-direita, escreveu num livro sobre a experiência dele em Portugal, que esteve em missões secretas pelo mundo inteiro e que nunca encontrou um povo que se entregasse tanto à sorte, como o povo português; o que está em consonância com o Marechal Gomes da Costa. A cultura militar portuguesa poderia ter outras características, de uma cultura mais germânico-nórdica, menos latina, mas mesmo dentro do latino, não vejo os franceses fazerem o que nós fazemos. Os valores da Cultura Militar portuguesa podem ser os mesmos, mas a prática não é idêntica. Têm uma menor confiança e dão uma menor responsabilidade do que os alemães ou os nórdicos aos Estados-Maiors. Podem existir valores como a coragem, ir para além do planeamento, haver valores de lealdade nos operacionais, mas a condução propriamente dita da estrutura depende de quem sabe, de quem estuda, de quem tem formação e preparação adequada e ascende a lugares de Estado-Maior.”</p>
Questão 2	Pode considerar-se que num hospital se vivencia um ambiente multicultural? Se sim, como o caracteriza? Qual a característica ou características culturais predominantes? Se não, que tipo de cultura existe?
Albino Lopes	<p>“Não há muita gente que pense sobre o que é a cultura organizacional hospitalar. Encontro alguma literatura que referencia a cultura hospitalar, mas muito pouca gente a debruçar-se sobre o que se passa na saúde. A saúde desafia a organização. Se há um desafio a levar em conta e um lugar onde se testa a teoria organizacional, é o hospital. Porque num hospital nós encontramos três culturas em perfeito confronto. Mais do que um sentido multicultural, tem um sentido de culturas paradoxais. É uma outra maneira de abordar a multiculturalidade. Encontramos a cultura do curar, em que o organismo humano é lido pelos profissionais como sujeito a desregulações e é preciso curar essa desregulação. Entendida a linguagem corporal como sendo de uma normalidade, surge uma anomalia e é necessário corrigir uma anomalia. Isso é curar.</p> <p>Existe uma cultura do cuidar. O organismo é um todo, está a dar-nos sinais através daquela anomalia e é preciso ler o todo, para se entende a parte que se quer tratar. É necessário ensinar a pessoa a saber lidar com os sinais do seu corpo. Esta é portanto uma abordagem holística, de desenvolvimento do</p>



Resposta do perito	
	<p>conhecimento próprio dos profissionais e do doente. O doente tem que perceber este tipo de sinais e como interpretá-los, como que co-produzindo os atos de saúde que lhe dizem respeito. Ao invés do curar que está sujeito não uma abordagem holística, mas a uma abordagem mais positivista. Diria que há médicos com a cultura do curar e médicos com a cultura do cuidar. A cultura médica reúne as culturas do curar e do cuidar. Pode é não haver espaço para as praticar. A terceira cultura do hospital é a da gestão. Enquadra as profissões e os meios que tem que gerir, conduzindo o médico para interações de curta duração com o doente e a enfermagem para interações de maior duração com o doente, dando espaço a que a enfermagem cuide mais do cuidar e a medicina, mais cara, com processos muito mais complexos a gerir, seja mais intensiva, com menos tempo de abordagem ao doente. Será portanto este contexto que levou a medicina a passar do paradigma João Semana para o paradigma mais positivista de “ir direto ao assunto”. Estas três culturas, a do cuidar, a do curar e a da interação gestonária, que se mete de permeio e favorece uma contra a outra, tem aqui que se lhe diga do ponto de vista da multiculturalidade. São pelo menos três culturas em confronto. Mas há uma quarta cultura. É a cultura introduzida pelo doente e familiares. A gestão cultural tem aspetos que é preciso cuidar. E não se sabe cuidar deles. O doente traz para dentro da cultura hospitalar aspetos que chocam com qualquer das três anteriores. Ou porque não faz o que deve, ou porque diz o que não deve, porque se comporta da maneira contrária ao que deveria, etc. Isto leva a que o hospital funcione do ponto de vista económico ao invés da economia atual. Ninguém consegue desenvolver um negócio sem estudar profundamente o cliente, sem levar o cliente a co-produzir. Não se concebe um produto ou um serviço que não seja com o mercado, com os clientes. E para um hospital, tomara a estas três culturas não haver clientes (risos). O hospital não co-produz com o doente. Este é o maior desafio que temos pela frente, no futuro. São feitas estatísticas que confirmam esta abordagem, afirmando que existe a “falta de colaboração dos clientes” nas multipatologias. Numa grande percentagem não seguem as prescrições médicas. Ocasiona assim más performances. O doente modifica as doses, esquece-se de tomar os medicamentos, toma o que não deve... É necessário instruir o doente, preparar o doente para ele ter uma cultura de saúde e ensinar-lhe as redundâncias. Porque não há cultura da qualidade sem redundância. A convivência destas quatro culturas tem que se lhe diga, porque toda a economia é conduzida para se fazer melhor ao mais baixo preço em virtude da co-produção do cliente. O que quer dizer que a empresa tem que ter a sua cultura alinhada pela cultura do cliente. Se o hospital tem três culturas em desacerto, como é que pode estar alinhado pela cultura do cliente? Isto é impossível do ponto de vista cultural. É uma impossibilidade cultural.”</p>
Questão 3	<p>No referencial ISO (NP EN ISO 9000:2015), afirma-se que a Qualidade “<i>promove uma cultura que se traduz em comportamentos, atitudes, atividades e processos que proporcionam valor ao satisfazer as necessidades e as expectativas dos clientes e de outras partes interessadas relevantes</i>” e nomeia os sete princípios da gestão da qualidade como sendo: foco no cliente, liderança, comprometimento das pessoas, abordagem por processos, melhoria, tomada de decisão baseada em evidências e gestão das relações. Na literatura são também referidos outros valores. Na sua opinião, o que mais bem caracteriza a Cultura da Qualidade?</p>
Albino Lopes	<p>“Se, e quando, o cliente pode impor a sua perspetiva. Se tem condições para impor a sua perspetiva, se tem condições para ser cliente, ele vai premiar o serviço ou a empresa que ele julgue que satisfaz as suas necessidades. O foco no cliente é o princípio organizador que leva à qualidade. Os outros decorrem</p>



Resposta do perito	
	<p>deste. Todos estão alinhados no foco no cliente. Quando o cliente não consegue ser cliente, quando não tem condições para ser cliente e está na condição de utente obrigatório, está na condição de súbdito, há um défice de cidadania organizacional, há uma situação de fragilidade, como é o caso de um doente, qual é o princípio organizador da qualidade? É a liderança. Então, o busílis é entender o que é a liderança. Estes dois princípios são assim organizadores, mas de maneira diferente. Um organiza no sentido dos restantes pelo primeiro, enquanto que a liderança não consegue ser facilmente um princípio organizador de todos os restantes. Existe portanto aqui uma diferença conceptual a este nível. Os textos sobre a qualidade que estão na prática, não conseguem acompanhar a produção da literatura acerca da liderança. Estão ainda nos anos 60. Há portanto uma problemática da liderança que consegue organizar os itens da qualidade, que os consegue fazer alinhar. Surge então a questão da decisão. A questão da decisão é muito difícil no que diz respeito a organizações complexas. Porque se entende que a liderança hospitalar vai nascer da gestão. Mesmo que seja entregue a um enfermeiro, a um médico ou a um político, ele assume a cultura da gestão e lidera como alguém que impõe os critérios da gestão aos restantes. Ora a liderança não é isto. Isto é tudo, menos liderança. Digamos que a liderança fica reduzida a critérios de gestão, que como critérios técnicos, obrigatoriamente dialogam com outros critérios técnicos e não se lhe podem sobrepor. Haverá uma racionalidade do curar, uma racionalidade do cuidar, uma racionalidade gestonária, mas nenhuma se pode sobrepor a nenhuma outra. Sem a racionalidade do curar, a medicina não tinha evoluído. Também sem cuidar, a medicina não se vira para o doente. No caso do doente enquanto utente ou súbdito, tem que haver alguém que o defenda. É o advogado. A liderança não é mandar. É fazer com que todos alinhem pelo melhor serviço possível. A liderança é o tema mais estudado do mundo. Se é o tema mais estudado do mundo, então é porque não se conhece. Em termos hospitalares, a liderança poderá estar centrada no diretor clínico. Há raciocínio decisional que atua após todas as racionalidades terem sido questionadas. A medicina tem que ter autonomia absoluta. Entendo a liderança entre estas duas analogias: a do árbitro que representa o líder que intervém no jogo no sentido de não intervir (no sentido do líder não poder ter vontade) e a do pai de família que não deixa que o filho mais pequeno não tenha espaço.”</p>
Questão 4	<p>Considera que a cultura militar, a “cultura hospitalar” e a cultura da qualidade podem coexistir, com sucesso, num hospital de natureza militar como o HFAR?</p>
Albino Lopes	<p>“Diria que o HFAR deveria ser o paradigma dos hospitais portugueses porque tem que conjugar a natureza hierárquica da instituição militar com a cultura de serviço hospitalar em geral e com a cultura de rigor da qualidade. A cultura militar tem que ser uma cultura de hierarquia com benefício para todos, de serviço mútuo para interesse de todos. É o que acontece num navio: se afunda, afundam-se todos. Um comandante militar está nas mãos dos seus homens e eles estão nas mãos dele. O comandante é o que serve, não o que manda. Por isso a natureza militar de um hospital deveria ser uma mais-valia. A cultura militar é a cultura de um por todos e de todos por um. Devia ser o paradigma de tudo o resto. O Taylor inspirava-se muito no serviço militar. O Deming, o Juran, o Ishikawa e o Fegenbaum estavam, em última instância, a ser inspirados pelo general MacArthur. A qualidade inspirou-se no serviço militar. O serviço militar e a qualidade são como que mãe e filha, são geneticamente próximos e o hospital não é o contrário disto. Não é um lugar onde não há uma hierarquia nem um rigor. É o lugar onde a gestão e o rigor estão ao serviço da intervenção dos profissionais, para o serviço que se impõe para o doente.”</p>

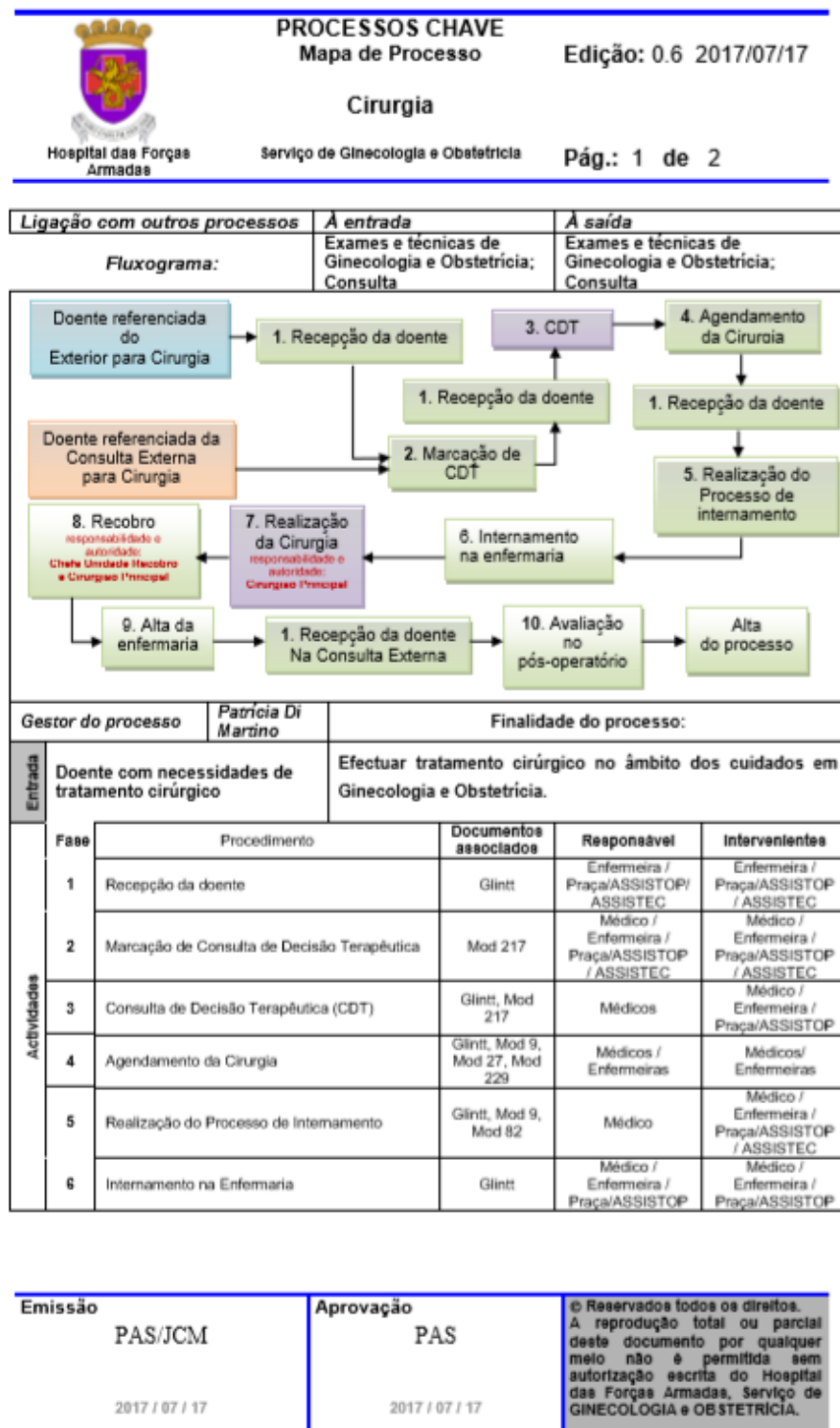


Resposta do perito	
Questão 5	Encontra pontos de divergência entre estas três culturas?
Albino Lopes	“São diferentes, na medida em que a cultura hospitalar é necessariamente um diálogo de culturas, enquanto que a cultura militar é uma cultura de bom senso (se eu não for rigoroso, há consequências), mas não é propriamente um diálogo de culturas. A cultura da qualidade teria que estar entre as duas. O hospital teria uma cultura mais plural, a cultura militar é mais de corporação e a qualidade devia fazer a ponte. Se ocorrer uma catástrofe mobilizam-se todos. Isso faz fundirem-se a qualidade e a da hierarquia. Não se pode baixar a guarda. Se não se unirem todos, acentuam-se as divergências. A “cultura de pré-catástrofe” induz necessidades de alinhamento cultural.”
Questão 6	Considera exequível a implementação de um Programa da Qualidade no HFAR, como forma de implementar uma mudança cultural para a Qualidade?
Albino Lopes	É uma interrogação que eu me coloco. Os programas de qualidade favorecem ou desfavorecem a mudança cultural? Preparam as organizações para a flexibilidade, para a necessidade de atenção ao imprevisto, ou rigidificam processos, diminuindo a sua capacidade de adaptação a mutações bruscas da envolvente? Eu penso que as duas coisas podem acontecer. Pode acontecer que os programas de qualidade vão introduzindo uma cultura da qualidade de forma gradual, ou então este é o caminho para ir rigidificando e ir falhando no objetivo geral, de vitória em vitória até ao desastre, pela rigidez burocrática que introduz ou pela falsa sensação de segurança que induz. Há casos descritos na literatura, de programas de qualidade que não se coadunam com a cultura da qualidade, havendo uma diferença entre o programa de qualidade e a cultura da qualidade. Não é o programa que leva à cultura. É a cultura que leva ao programa. É no terreno que nasce a mudança em função da cultura da qualidade.


Fonte: (Autor, 2018)



Apêndice E — Processo-chave da Cirurgia do Sistema de Gestão da Qualidade do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Forças Armadas-Polo de Lisboa





		PROCESSOS CHAVE Mapa de Processo		Edição: 0.6 2017/07/17	
Hospital das Forças Armadas		Cirurgia		Pág.: 2 de 2	
Serviço de Ginecologia e Obstetria					
	7	Realização da Cirurgia	Glantt	Médicos	Médico / Enfermeira / Praça SS/Soc / ASSISTOP
	8	Recobro	Glantt	Médico / Enfermeira / Cabo SS	Médico / Enfermeira / Praça SS/Soc / ASSISTOP
	9	Alta da Enfermaria	Glantt, Mod 82	Médico	Médico / Enfermeira / ASSISTEC
	10	Avaliação no pós-operatório	Glantt	Médico / Enfermeira	Médico / Enfermeira / Praça SS/Soc
Saída	Doente com tratamento cirúrgico efectuado		Indicadores	Indicadores da Qualidade - Mod. 62 - Identificado como CIR Inquéritos de satisfação	

Emissão PAS/JCM 2017 / 07 / 17	Aprovação PAS 2017 / 07 / 17	© Reservados todos os direitos. A reprodução total ou parcial deste documento por qualquer meio não é permitida sem autorização escrita do Hospital das Forças Armadas, Serviço de GINECOLOGIA e OBSTETRÍCIA.
---	---	---

Fonte: (SGO, 2017)



Apêndice F — Matriz de risco do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia

HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS
POLO DE LISBOA
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia

Tipo de documento

Matriz de Risco

Matriz de Risco do SGO-HFAR-PL

Impacto

A – muito elevado

- Infecção pós-cirúrgica generalizada
- Agressão física entre profissionais e doentes

- Troca de fármacos

ALTO

- Retorno não planeado ao Bloco Operatório
- Morte inesperada
- Transferência não planeada para a UFI
- Paragem cardíaca ou respiratória

EXCESSIVO

B – elevado

- Aspiração de corpo estranho (borracha e vidro) para as seringas

- Agressão verbal entre profissionais e doentes

- Lesões acidentais de órgãos durante a cirurgia
- Infecção do local cirúrgico (ferida operatória) em histerectomia vaginal

- Reação adversa a medicamento
- Exérese, lesão/dano ou intervenção operatória em órgão não previsto, durante a cirurgia
- Infecção do local cirúrgico (ferida operatória)
- Infecção do local cirúrgico (ferida operatória) em histerectomia abdominal

- Lesão ocorrida no internamento (quedas, queimaduras, úlceras de pressão)
- Readmissão não planeada relacionada com o último episódio de internamento (últimos 12 meses)
- Infecção relacionada com prestação de cuidados

C - moderado

- Reclamações

- Incidentes Críticos na Histeroscopia

- Síndrome febril inesperado > a 72 horas
- Reação alérgica ao látex

- Anemia pós-cirúrgica
- Pós-operatório prolongado
- Infecção urinária
- Não cumprimento check-list cirúrgica
- Não cumprimento PBM

- Admissão não planeada relacionada com cuidado de saúde obtido anteriormente
- Conversão para cirurgia convencional

D – ligeiro

- Controlo pós-operatório
- Incidentes com manipulação de formol

MÉDIO

MÉDIO

- Não correspondência entre indicação cirúrgica inicial e procedimento cirúrgico definitivo

ALTO

E – muito reduzido

- Morte da doente/feto

BAIXO

MÉDIO

MÉDIO

ALTO

E - remota

D - baixa

C - moderada

B - alta

A - muito alta

Probabilidade

Nº Doc.	Emissão	Aprovação	Data aprovação	Pag.
231	JCM/PAS	PAS	15-07-2017	1/1

Fonte: (SGO, 2017)



Apêndice G — Indicadores a auditar junto de P e dos dez serviços mais respondedores afirmativamente

Tabela 1 - Indicadores a auditar

Indicadores a auditar
Reinternamentos não planeados aos 7 dias após alta
Falências ou falhas de equipamentos
Reintervenção não planeada > 48 h < 42 dias pós-operatório
Cirurgia adiada no dia do internamento ou após o mesmo
Lesões acidentais de órgãos durante a cirurgia
Anemia pós-cirúrgica
Outras complicações cirúrgicas ou pós-operatórias
Administração de drogas fora de prazo
Reações adversas a fármacos
Erros na administração de drogas
Quedas acidentais de doentes
Profilaxia cirúrgica antibiótica
Pós-operatório prolongado
Infeção cirúrgica (Infeção do local cirúrgico)
<i>1.1 Existe um elemento definido com responsabilidade atribuída para a segurança do doente</i>
<i>2.1 Tem implementado práticas padronizadas para a identificação dos doentes</i>
<i>2.4 Tem procedimentos, protocolos ou outras orientações relativos aos registos de alta dos doentes que garantam a continuidade dos cuidados de saúde</i>
<i>3.2 Tem formulários para comunicação interna de eventos adversos e/ou acidentes</i>
<i>6.1.1 (Úlceras de pressão) - tem implementado planos, procedimentos, políticas ou protocolos de avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão</i>
<i>6.2.1 (quedas) -tem implementado planos, procedimentos, políticas ou protocolos de avaliação do risco de queda de doentes</i>
<i>6.2.8 Efectua, de forma sistemática, o registo de ocorrência de quedas</i>
<i>6.7.1.1 Efectua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de:</i>
<i>6.7.1.2 úlceras de pressão</i>
<i>6.7.1.3 quedas</i>
<i>6.7.1.4 tromboembolismo venoso</i>
<i>6.7.1.5 infecção</i>
<i>6.7.1.6 outros riscos</i>
Existe um processo implementado de PBM (Patient Blood Management)
<i>10.1 Possui um plano de formação</i>
<i>16.4 Estão instituídos procedimentos para tratamento de todas as sugestões, queixas ou reclamações</i>
<i>17.1 Estão instituídos inquéritos de satisfação aos doentes enquanto ferramenta de avaliação do grau de satisfação dos utentes</i>



1.2 São feitas avaliações do grau de satisfação dos utentes pelo menos uma vez por ano

É efetuada análise do risco associado a atividades do Serviço/Unidade e são planeadas ações para reduzir esse risco

São definidos anualmente, semestralmente, ou com outra frequência regular, os objetivos do Serviço e é efetuado o planeamento para os atingir

Existe processo controlado de comunicação externa e interna no Serviço/Unidade

Existe controlo da informação documentada no Serviço

Existe uma avaliação regular e documentada de fornecedores externos de produtos e serviços

O Serviço evidencia um processo de identificação, verificação, proteção e salvaguarda da propriedade dos seus utentes/doentes (por exemplo, relatórios de MCDT)

O Serviço sujeita-se a algum tipo de auditoria regular, interna ou externa

Existe um processo organizado para reportar situações não conformes/eventos adversos/ocorrências com vista à implementação de ações corretivas ou preventivas

O Serviço/Unidade tem um mecanismo de controlo de validade dos consumíveis e dispositivos que utiliza

Estão definidos Tempos Máximos de referência para o internamento por patologia ou por cirurgia efetuada, a partir dos quais a situação deverá ser reportada e analisada no Serviço/Unidade

Fonte: (Adaptação do autor de indicadores SGO, SEGO e SINAS Hospitais, 2018)



Apêndice H — Seleção por peritos do impacto na produtividade e competitividade hospitalares em indicadores da qualidade em saúde e segurança do doente.

Nº		RUI LOUREIRO				SUSANA PARENTE				MARIA JOÃO AMARAL			
		59	11	0	64	6	0	63	7	0	54	15	1
		Impacto esperado na PRODUTIVIDADE	Sim	Não	N/A	Impacto esperado na COMPETITIVIDADE	Sim	Não	N/A	Impacto esperado na PRODUTIVIDADE	Sim	Não	N/A
1	Mortalidade inesperada	1	1			1	1			1	1		
2	Reinternamentos não planeados aos 7 dias após alta	1	1			1	1			1	1		
3	Nº de altas a pedido do doente/familiar	1	1			1	1			1	1		
4	Nº de transferências não programadas para outras unidades	1	1			1	1			1	1		
5	Nº de transferências para outras instituições	1	1			1	1			1	1		
6	Suspensão de altas	1	1			1	1			1	1		
7	Falências ou falhas de equipamentos	1	1			1	1			1	1		
8	Reintervenção não planeada > 48 h < 42 dias pós-operatório	1	1			1	1			1	1		
9	Cirurgia adiada no dia do internamento ou após o mesmo	1	1			1	1			1	1		
10	Lesões acidentais de órgãos durante a cirurgia	1	1			1	1			1	1		
11	Hemorragia significativa	1	1			1	1			1	1		
12	Anemia pós-cirúrgica	1	1			1	1			1	1		
13	Luxações	1	1			1	1			1	1		
14	Síndrome febril inesperado > a 72 horas	1	1			1	1			1	1		
15	Nº de doentes ambulatoriais que tiveram de ser internados para vigilância	1	1			1	1			1	1		
16	Infartos miocárdicos pós-operatórios	1	1			1	1			1	1		
17	Incidência de flebotomias profundas	1	1			1	1			1	1		
18	Incidência de embólias pulmonares	1	1			1	1			1	1		
19	Outras complicações cirúrgicas ou pós-operatórias	1	1			1	1			1	1		
20	Paragens cardio-respiratórias	1	1			1	1			1	1		
21	Alergias de reações adversas a fármacos	1	1			1	1			1	1		
22	Administração de drogas fora de prazo	1	1			1	1			1	1		
23	Reações adversas a fármacos	1	1			1	1			1	1		
24	Erros na administração de drogas	1	1			1	1			1	1		
25	Reações transfusionais	1	1			1	1			1	1		
26	Doentes recusados a menos de 24 horas da data prevista da cirurgia	1	1			1	1			1	1		
27	Extravasamento das perfusões / flebites	1	1			1	1			1	1		
28	Lesões por venopunção	1	1			1	1			1	1		
29	Quedas acidentais de doentes	1	1			1	1			1	1		
30	Estudo pré-operatório	1	1			1	1			1	1		
31	Não correspondência entre indicação cirúrgica inicial e procedimento cirúrgico definitivo	1	1			1	1			1	1		
32	Profilaxia de tromboembolismo pulmonar	1	1			1	1			1	1		

Fonte: (Autor, 2018)



		RUI LOUREIRO					SUSANA PARENTE					MARIA JOÃO AMARAL										
		59	11	0	0	64	6	0	63	8	0	54	15	1	63	5	1	0	69	1	0	
Nº		Impacto esperado na PRODUTIVIDADE		Impacto esperado na COMPETITIVIDADE		Impacto esperado na PRODUTIVIDADE		Impacto esperado na COMPETITIVIDADE		Impacto esperado na PRODUTIVIDADE		Impacto esperado na COMPETITIVIDADE		Impacto esperado na PRODUTIVIDADE		Impacto esperado na COMPETITIVIDADE		Impacto esperado na PRODUTIVIDADE		Impacto esperado na COMPETITIVIDADE		
		Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A
30	Estudo pré-operatório	1			1			1			1			1			1			1		
31	Não correspondência entre indicação cirúrgica inicial e procedimento cirúrgico definitivo	1			1			1			1			1			1			1		
32	Profilaxia de tromboembolismo pulmonar	1			1			1			1			1			1			1		
33	Profilaxia cirúrgica antibiótica	1			1			1			1			1			1			1		
34	Conversão de cirurgia laparoscópica para cirurgia convencional	1			1			1			1			1			1			1		
35	Pós-operatório prolongado	1			1			1			1			1			1			1		
36	Analgesia pós-operatória	1			1			1			1			1			1			1		
37	Infecção cirúrgica (Infecção do local cirúrgico)	1			1			1			1			1			1			1		
38	Infecção urinária no pós-operatório	1			1			1			1			1			1			1		
39	1. Cultura de segurança																					
39.1	1.1 * Existe um elemento(s) definido(s) com responsabilidade atribuída para a segurança do doente	1			1			1			1			1			1			1		
41	3. Comunicação e Informação																					
41.2	3.2 tem formulários para comunicação interna de eventos adversos e/ou incidentes	1			1						1						1			1		
42	5. Cirurgia Segura																					
42.2	5.2.1 * Utiliza uma check-list ou outro procedimento de prevenção de erros em todas as cirurgias	1						1			1						1			1		
43	6. Riscos																					
43.1	6.1.1 (Úlceras de pressão) tem implementados planos, procedimentos, políticas ou protocolos de avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão	1			1			1			1			1			1			1		
43.5	6.2.1 (quedas) * tem implementados planos, procedimentos, políticas ou protocolos para avaliação do risco de queda dos doentes	1			1			1			1			1			1			1		
43.12	6.3.1 (TVE) tem implementados planos, procedimentos, políticas ou protocolos de avaliação de tromboembolismo venoso	1			1			1			1			1			1			1		
45	6.7 Registo de ocorrências																					
45.7	6.7.2 Faz a avaliação dos registos de ocorrências numa ótica de melhoria contínua	1			1			1			1			1			1			1		
46	Existe um processo implementado de PBM (Patient Blood Management)	1			1			1			1			1			1			1		
47	1. Consentimento informado																					
47.1	1.1 * Tem formalmente aprovada uma política de obtenção do consentimento informado e esclarecido para actos clínicos	1			1			1			1			1			1			1		
48	2. Marcação e Cancelamento de Consultas																					
48.1	2.1 * A marcação de consultas prevê horários diferenciados para atendimento de todos os doentes	1			1			1			1			1			1			1		
49	3. Marcação e Cancelamento de MCDT																					
49.1	3.1 * A marcação de exames prevê horários diferenciados para atendimento de todos os doentes	1			1			1			1			1			1			1		
50	4. Internamento																					



Fonte: (Autor, 2018)

		RUI LOUREIRO					SUSANA PARENTE					MARIA JOÃO AMARAL								
		59	11	0	0	64	6	0	63	7	0	54	15	1	64	5	1	69	1	0
Nº		Impacto esperado na PRODUTIVIDADE			Impacto esperado na COMPETITIVIDADE			Impacto esperado na PRODUTIVIDADE			Impacto esperado na COMPETITIVIDADE			Impacto esperado na PRODUTIVIDADE			Impacto esperado na COMPETITIVIDADE			
		Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	
40	4. Internamento																			
40.1	4.1 Possui procedimentos ou protocolos para a admissão ao internamento																			
11	10. Formação																			
11.1	10.1 Possui um plano de formação																			
22	12. Documentação e Apoio na Alta do Internamento																			
22.1	12.1 * Garante a prestação de informação aos doentes/acompanhantes no momento da alta através do fornecimento de documentação orientada para a recuperação																			
13	14. Tempos de espera																			
13.1	14.1 Tem definidas metas relativamente a tempos de resposta para procedimentos hospitalares cirúrgicos programados																			
16	16. Sugestões, Queixas ou Reclamações																			
16.4	16.4 * Estão instituídos procedimentos para tratamento de todas as sugestões, queixas ou reclamações																			
17	17. Inquéritos de Satisfação																			
17.1	17.1 Estão instituídos inquéritos de satisfação aos doentes enquanto ferramenta de avaliação do grau de satisfação dos utentes																			
18	18. Retroinformação																			
18.1	18.1 Consulta regularmente antigos doentes de forma a conhecer os pontos fortes e fracos da sua experiência durante o internamento																			
1	1. Inquéritos de satisfação																			
1.1	1.1 * Estão instituídos processos de avaliação do grau de satisfação dos utentes com base em estudos de inquérito																			
1	É efetuada análise do risco associado a atividades do Serviço/Unidade e são planeadas ações para reduzir esse risco																			
1	São definidos anualmente, semestralmente, ou com outra frequência regular, os objetivos do Serviço e é efetuado o planeamento para os atingir																			
1	Existe processo controlado de comunicação externa e interna no Serviço/Unidade																			
1	Existe controlo da informação documentada no Serviço																			
1	Existe uma avaliação regular e documentada de fornecedores externos de produtos e serviços																			
1	O Serviço evidencia um processo de identificação, verificação, proteção e salvaguarda da propriedade dos seus utentes/doentes (por exemplo, relatórios de MCDT)																			
1	O Serviço sujeita-se a algum tipo de auditoria regular, interna ou externa																			
1	Existe um processo organizado para reportar situações não conformes/eventos adversos/ocorrências com vista à implementação de ações corretivas ou preventivas																			
1	Existe prática instituída e documentada de formação dos profissionais do Serviço/Unidade nos equipamentos utilizados por esses profissionais																			
1	O Serviço/Unidade aplica o conceito de stock mínimo e detém o seu controlo efetivo e documentado																			
1	O Serviço/Unidade possui meios documentados para conhecer ou controlar o estado de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos que tem a seu cargo																			
1	O Serviço/Unidade tem um mecanismo de controlo de validade dos consumíveis e dispositivos que utiliza																			
TOTAL		59	11	0	64	6	0	63	7	0	54	15	1	64	5	1	69	1	0	

Fonte: (Autor, 2018)



Apenso A — Carta de Missão, p. 2

3. Principais Atribuições

Do quadro de atribuições, legalmente cometidas ao Hospital das Forças Armadas, relevam-se as seguintes:

- Prestar cuidados de saúde aos militares das Forças Armadas, independentemente da forma de prestação de serviço e da situação;
- Prestar cuidados de saúde aos beneficiários da Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas;
- Colaborar no aprontamento sanitário e apoio aos militares que integram as Forças Nacionais Destacadas ou outras missões fora do território nacional;
- Colaborar nos processos de seleção e inspeção médica dos militares das Forças Armadas;
- Articular com as estruturas do Serviço Nacional de Saúde e com as autoridades de Proteção Civil as modalidades de resposta às situações de acidente grave ou catástrofe.

4. Orientações Estratégicas

A orientação estratégica que estrutura a estabilização do processo de integração hospitalar nas Forças Armadas, decorre do enquadramento legal subjacente à criação do Hospital das Forças Armadas, materializando a consolidação da estrutura orgânica e funcional, o desenvolvimento das competências dos respetivos órgãos e a implementação dos princípios de gestão aplicáveis, nos termos definidos no Decreto Regulamentar n.º 2/2015, de 20 de fevereiro.

5. Objetivos a atingir

a. No domínio clínico:

- (1) **Incremento, numa proporção anual média de 30 %, da produtividade hospitalar registada em 2015**, nas tradicionais linhas assistenciais, excluindo os episódios de urgência, tendo por referência os padrões definidos nos programas funcionais aprovados:

Polo Hospitalar de Lisboa:

Linha Assistencial	Métrica	Programa Funcional	Atividade 2015		Calendarização		
					2017	2018	2019
Internamento	N.º de Internamentos	7 289	2 945	40,40%	3 800	5 000	6 500
Cirúrgia	Cirurgias Internamento	6 833	1 732	25,35%	2 300	3 000	3 900
	Cirurgias Ambulatório		1 230		1 600	2 000	2 600
Consulta Externa	N.º de Consultas	237 695	142 215	59,83%	185 000	220 000	238 000
Hospital de Dia	Sessões Quimioterapia	2 310	182	7,88%	250	350	450
	Sessões Hemodiálise	3 821	0	0,00%	0	0	400

Polo Hospitalar do Porto: